Rok LXVIII. Kraków, dnia 27. lutego 1909. Nr 9

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie. — Prymaryusz Dr A. Krokiewicz.

Zastosowanie lecznicze adrenaliny w przebiegu zmiękniemia kości *(osteomalacia).*

Napisał

Dr Bernard Engländer.

Jakkolwiek w naszym kraju z powodu niepomyślnych stosunków zdrowotnych i ekonomicznych dość często spotkać się można z przypadkami zmięknienia kości u kobiet, to przecież za szczególny zbieg okoliczności uważać należy, jeśli ma się sposobność w przeciągu stosunkowo krótkiego czasu, bo w kilku miesiącach, leczyć aż sześć przypadków tego ciężkiego schorzenia. Korzystne wyniki lecznicze po zastosowaniu wstrzykiwań podskórnych adrenaliny u kobiet, dotkniętych zmięknieniem kości, ogłoszone w ostatnich czasach przez Bossiego ([1]), zwróciły uwagę szerszego świata lekarskiego, jak o tem świadczą pojedyncze spostrzeżenia kliniczne, ogłoszone w tej sprawie przez różnych innych autorów. To też wobec niezbyt zadowalniających wyników dotychczasowego sposobu leczenia postanowiłem przy nadarzonej sposobności wypróbować nową metodę, bardzo polecaną przez tak poważnego badacza, jak Bossi, i spostrzeżenia moje podać do szerszej wiadomości. Do doświadczeń używałem rozczynu adrenaliny (1‰) firmy londyńskiej Parke et Davis. Wstrzykiwania wykonywałem w tkankę podskórną powłok brzusznych raz dziennie, zawsze w godzinach przedpołudniowych, przestrzegając ściśle zasad aseptyki. W początku leczenia stosowałem jedno- lub kilkudniowe przerwy po każdem wstrzyknięciu, później atoli bez wyjątku, ponieważ chore lek ten dobrze znosiły, wykonywałem wstrzykiwania codziennie. Również codziennie kontrolowałem u chorych ciepłotę ciała i tętno, jako też mierzyłem bardzo często parcie krwi zapomocą przyrządu Riva-Rocci przed i wkrótce (15—30 minut) po wstrzyknięciu adrenaliny. Nie znając dawki trującej adrenaliny i nie mając pewności, czy chore lek ten dobrze będą znosiły, postanowiłem zrazu podobnie, jak to uczynił Bossi, nie przekraczać dawki $^1/_2$ cm^3; później stopniowo dawkę zwiększałem, dochodząc najwyżej do 1 cm^3. Wstrzykiwania podskórne są nieco bolesne; nigdy nie zauważyłem jakiegokolwiek odczynu w miejscu wstrzyknięcia.

Przypadki nasze przedstawiają się pokrótce według zapisków, prowadzonych na oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, następująco:

I. Teresa K. l. 36, wyrobnica, przyjęta na oddział 16/XI 1907. Przebyła 6 porodów, ostatni (kleszczowy) w czerwcu 1907. Podczas ostatniej ciąży już doznawała uczucia ciężkości w nogach; bole w nogach i biodrach przy chodzeniu i siadaniu ma dopiero od dwóch miesięcy. Peryod zawsze prawidłowy. Dziedziczności wykazać nie można. Mieszkanie ma suche, nie pracuje ciężko. Badanie narządów wewnętrznych zmian ważniejszych nie wykrywa. Miednica typowa zmiękczała (dziób łonowy). Wejście do pochwy bardzo wązkie, dwóch palców poprzecznie wprowadzić nie można. Macica i przydatki prawidłowe. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań tętno regularne około 72 uderzeń na minutę; Riva-Rocci 110—112 mm. Chora otrzymała 9 wstrzyknięć po $^1/_2$ cm^3 rozczynu adrenaliny 1‰ (Takamine Parke et Davis), co odpowiada ogólnej ilości 0,0045 adrenaliny.

16/XI. W godzinę po pierwszem wstrzyknięciu: drżenie całego ciała, zawrót głowy, chora ma uczucie przez kilka godzin, jakby była pijana.

17/XI. W godzinę po drugiem wstrzyknięciu: zaczerwienienie twarzy i uczucie gorąca w twarzy, tętno szybsze 90, bicie serca. Pod wieczór suchość w ustach.

18/XI. W $^1/_2$ godziny po trzeciem wstrzyknięciu: rozszerzenie źrenicy lewej; oddziaływanie źrenic na światło i akomodacyę prawidłowe; nadto poty i objawy, jak dnia poprzedniego. Tętno 75, regularne, dobrze napięte. Z powodu utrzymującego się rozszerzenia źrenicy lewej zaniechano wstrzykiwań przez następne 4 dni, poczem jednak wobec dobrego zresztą stanu zdrowia chorej powrócono do nich.

23/XI. Po czwartem wstrzyknięciu: rozszerzenie źrenicy lewej wzmaga się; przerwa 3-dniowa.

27/XI. Po piątem wstrzyknięciu: przyspieszenie tętna, 87, zaczerwienienie twarzy, drżenie całego ciała, trwające około $^1/_2$ godziny, poty. Badanie oczu w klinice okulistycznej Uniw. Jagiell. stwierdziło prócz rozszerzenia źrenicy lewej dno oczu prawidłowe i dobre oddziaływanie źrenic.

28/XI. Po szóstem wstrzyknięciu: zaczerwienienie twarzy, bicie serca, tętno szybsze 90, poty.

1/XII. Przerwano na stałe metodę Bossiego i w dalszym ciągu stosowano leczenie fosforem. Przez czas leczenia adrenaliną bole się nie zmniejszały, ilość tętna wahała się między 58—90 uderzeń na minutę, a parcie krwi (Riva-Rocci) od 110—114 mm; ciepłota zawsze prawidłowa. Pod wpływem leczenia fosforem rozszerzenie źrenicy lewej wprawdzie się zmniejszyło, jednakże nie ustąpiło zupełnie. Chora opuściła szpital na własne żądanie z nieznaczną poprawą w dniu 29/I 1908 r. po 76 dniach leczenia szpitalnego (po 35 dniach leczenia adrenaliną, a po 41 dniach leczenia fosforem).

II. Marya R., l. 37, wyrobnica, przyjęta 20 lutego 1908 r. Dwa razy rodziła; ostatni raz w jesieni 1907 r. Od tego czasu ma się gorzej, doznaje bolów w połowie ciała i w nogach. Chodzi tylko o kiju, skulona i prowadzona pod ręce. Chora podaje, iż »zmalała«. Na szyi wól. Nad koniuszkiem serca tony nieczyste. Tętno regularne 72. Parcie krwi, oznaczone przyrządem Riva-Rocci, waha się od 109—113,5 mm. Miednica zmiękczała. Dziób łonowy wyraźny. Wejście do pochwy bardzo wązkie, dwu palców wprowadzić nie można. Okolica panewek płaska. Linia bezimienna w całości da się łatwo obejść. Kość krzyżowa zagięta w kształcie dzióba ku przodowi. Wymiary miednicy: *dist. spin.*

24, *crist.* 27, *troch.* 28,5. *conj. ext.* 20 cm. Macica w tyłopochyleniu, ruchoma. W przydatkach zmian niema. Źrenica prawa nieco szersza, oddziaływanie na światło i akomodacyę prawidłowe. W moczu mała ilość białka (0,02‰), zresztą mocz prawidłowy (c. k. Zakład chemii lek.). Badanie narządów wewnętrznych zmian ważniejszych nie wykrywa.

Chora otrzymała 70 wstrzykiwań (60 cm^3 rozczynu 1‰ adrenaliny = 0,06 adrenaliny).

Po wstrzykiwaniach uczucie gorąca w całem ciele, szum i zawrót głowy, bladość twarzy przez kilka godzin. Po piątem wstrzyknięciu ($^1/_2$ cm^3) tętno na krótki czas nieregularne, a parcie krwi podskoczyło do 118 mm (przed wstrzyknięciem 112 mm). Zresztą tętno było zawsze regularne, a parcie krwi ulegało nieznacznemu tylko podwyższeniu. Chora otrzymała 18 wstrzyknięć po $^1/_2$ cm^3, 4 po $^3/_4$ cm^3, a 48 po 1 cm^3. Mimo że wstrzykiwania dobrze znosiła, to przecież bole w kościach dalej się utrzymywały, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że nasilenie ich się zmniejszyło i chora cokolwiek lepiej chodziła. Po ostatniem wstrzyknięciu, t. j. po ukończeniu leczenia, chora długo na nogach utrzymać się nie może z powodu bolów w bokach i krzyżach. Po 17-tem wstrzyknięciu ilość białka w moczu nieco się zmniejszyła (0·01%), ale natomiast wystąpiły ślady cukru (0·9%); przy dalszych badaniach białko i cukier zupełnie ustąpiły, a mocz okazywał prawidłowe własności. Przez cały czas leczenia ciepłota ciała nie podniesiona. Chora wyszła ze szpitala z nieznaczną poprawą dnia 1/VI 1908 r. po 101 dniach leczenia.

III. Marya S., l. 45, wyrobnica, przyjęta 30/IV 1908 roku. Rodziła 8 razy siłami natury. Chora od kilku miesięcy; bole w nogach, krzyżach i bokach. Chodzi tylko przy pomocy laski. Podaje, że zmalała. Dziedziczności wykazać nie można. Miednica zmiękczała, wyraźny dziób łonowy. Wejście do pochwy wązkie, dwu palców w poprzek wprowadzić nie można. Do wzgórka miednicznego dojście łatwe. Zresztą miednica od wewnątrz prawidłowa, niebolesna. Wymiary miednicy: *dist. spin.* 25, *crist.* 28, *troch.* 28,5, *ext.* 18 cm. W narządach wewnętrznych płciowych zmian niema. W moczu brak składników nieprawidłowych. Źrenice miernie rozszerzone, równe, oddziaływają dobrze na światło i akomodacyę. Narządy wewnętrzne zmian nie okazują. Chora otrzymała 40 wstrzyknięć, razem 39 cm^3 = 0,039 adrenaliny. Objawy towarzyszące: uczucie ciepła w całem ciele, drżenie rąk, stan bezgorączkowy.

Przed rozpoczęciem wstrzyknięć tętno drobne, regularne, około 90, Riva-Rocci 111,5—114,5 mm.

Kilkakrotne badanie moczu (c. k. Zakład chemii lek.) wśród leczenia stwierdziło brak białka i cukru.

Chora opuszcza szpital dnia 25/VI 1909 po 56 d. leczenia z nieznaczną poprawą, przyczem bole jeszcze się utrzymują.

IV. Marya D., l. 46, wyrobnica, przyjęta 4/V. 1908 roku. Rodziła 8 razy. Choroba rozpoczęła się już po trzecim porodzie bolami w krzyżach, kościach i nogach. Podaje, że zmalała. Nie może chodzić, ani wogóle się ruszyć z powodu bolów. Miednica zmiękczała, dziób łonowy wyraźny. Wejście do pochwy bardzo wązkie, dwu palców na poprzek wprowadzić nie można. Do wzgórka miednicznego dochodzi się łatwo. Kość krzyżowa zagięta silnie ku przodowi. Okolica panewki lewej wpuklona ku wewnątrz. Wymiary miednicy: *dist. spin.* 27, *crist.* 29, *trochant.* 30, *ext.* 19, źrenice bardzo wązkie, równe, dobrze oddziaływają. Mocz prawidłowy. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno regularne, około 90. Riva-Rocci 110—111 mm.

Chora otrzymała 40 wstrzyknięć (razem 35,75 cm^3 rozczynu adrenaliny = 0,03575 adrenaliny).

Objawy towarzyszące: Uczucie ciepła w całem ciele, przyspieszenie i pogłębienie oddechów, przyspieszenie tętna do 105, parcie (Riva-Rocci) 112—114,5 mm. Rozszerzenie nieznaczne źrenic, ogólne osłabienie, drżenie całego ciała, ból głowy. Podczas leczenia mocz bez zmian, stan bezgorączkowy.

Opuszcza szpital dnia 25/VI. 1908 r. po 52 dniach leczenia; bole dalej się utrzymują, jednakże o mniejszem nasileniu.

V. Jadwiga K., l. 31, żona wyrobnika, przyjęta 26/V 1908, chora od 4 lat; bole w krzyżach, nogach i utrudnienie chodu. Dwa razy rodziła. Podaje, że zmalała. Dziedziczności brak. Źrenice szerokie, bardzo leniwo oddziaływają na światło i akomodacyę. Klatka piersiowa spoczywa dolną krawędzią na talerzach biodrowych. Miednica zmiękczała. Wyraźny dziób łonowy. Wejście do pochwy bardzo wązkie, zaledwie jeden palec wprowadzić można. Zagięcie kości krzyżowej ku wewnątrz znaczne. Wzgórek miedniczny łatwo wybadalny. Peryod regularny. W moczu brak białka i cukru. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań tętno regularne około 90. Parcie (Riva-Rocci) 110,5—115,5 mm. Po wstrzykiwaniach Riva-Rocci 111—115 mm, tętno nieznacznie przyspieszone, stan bezgorączkowy. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Chora otrzymała w całości 38 cm^3 = 0,038 adrenaliny.

Wychodzi ze szpitala 17/VII 1908, z nieznaczną poprawą po 53 dniach leczenia; przy chodzeniu jeszcze bole i drżenie całego ciała.

VI. Katarzyna K., l. 33, żona wyrobnika, przyjęta 30/V 1908. Chora od 4 lat. Po ostatnim porodzie przed dwoma laty stan gorszy, bole w nogach, krzyżach i utrudnienie chodu. Podaje, że zmalała. Dziedziczności brak. Przy chodzeniu i przy każdym ruchu występuje trzęsienie się całego ciała. Miednica zmiękczała. Dziób łonowy. Kość krzyżowa silnie zagięta ku wewnątrz. Wejście do pochwy nadzwyczaj wązkie wskutek zagięcia się kości łonowych, występujących ku wnętrzu. Z powodu więc niemożności wprowadzenia palca głębiej nie można ani miednicy, ani też części rodnych wewnętrznych zbadać. Spółkowanie niemożliwe. Wymiary miednicy: *dist. spin.* 23, *crist.* 26, *troch.* 24, *ext.* 18. Mocz prawidłowy. Przed wstrzykiwaniami tętno regularne około 90, Riva-Rocci 110—111,5 mm. Narządy wewnętrzne bez zmian. Po wstrzykiwaniach parcie krwi nieznacznie zwiększone, waha się między 112—115 mm, tętno regularne, nie przyspieszone, stan bezgorączkowy. Otrzymała 40 wstrzyknięć, t. j. w całości 38,5 cm^3 = 0,0385 adrenaliny.

Objawy towarzyszące: drżenie całego ciała, uczucie gorąca, zawroty głowy, ogólne osłabienie. Opuszcza szpital 20/VII 1908 r. z nieznaczną poprawą po 52 dniach leczenia. Bole, aczkolwiek mniejsze, dalej się utrzymują; chód bardzo utrudniony, kaczkowaty.

Z przytoczonych historyi chorób wynika, że działanie adrenaliny na ustrój było doraźne, gdyż wkrótce po wstrzyknięciu jej występowały dość groźne objawy, jak: przyspieszenie tętna, bicie serca, tętno nieregularne, poty, drżenie całego ciała, zaczerwienienie lub bladość twarzy, uczucie gorąca w całem ciele, ogólne osłabienie, zawroty, ból i szum głowy, przyspieszenie i pogłębienie oddechów, a niekiedy rozszerzenie jednej lub obu źrenic, dłuższy czas się utrzymujące nawet przy zastosowaniu kilkudniowej przerwy we wstrzykiwaniach. U jednej chorej zauważyłem w moczu po wstrzykiwaniach adrenaliny powolne zmniejszenie się ilości białka, a nawet zupełne jego ustąpienie, natomiast pojawienie się na krótki czas cukru (do 0,9%). Wszystkie te objawy występowały zawsze z początku leczenia z większem nasileniem, później coraz słabiej, co przemawia za przystosowywaniem się powolnem ustroju do adrenaliny, najprawdopodobniej wskutek wytwarzających się w ustroju zwolna ciał ochronnych, niszczących jej działanie. To ujemne działanie adrenaliny zauważyć mogłem już po wstrzyknięciu dawki $^1/_2$ cm^3. Również i inni autorowie, jak v. Velits (2), Neu (3) i Puppel (4), wyraźnie zaznaczają ujemne działanie wyciągów nadnercza na ustrój, a szczególnie na serce, przytaczając szereg odpowiednich objawów, wobec czego dziwnem mi się wydaje, że Bossi o nich nie wspomina. Z naszych spostrzeżeń na szczególniejszą uwagę zasługuje wystąpienie rozszerzenia źrenic (u dwu chorych), które dłuższy czas się utrzymywało, jak również przyspieszenie i pogłębienie oddechów. Czy przyczynę tych zjawisk odnieść należy do zadziałania adrenaliny na nerw współczulny, względnie błędny, nie mam zamiaru rozstrzygać; w każdym razie świadczą one o tem niezbicie, że dostanie się do ustroju adrenaliny nawet w małej ilości ($^1/_2$ cm^3) nie jest obojętne i że po zastosowaniu jej podskórnem chora powinna zostawać pod ścisłym dozorem lekarskim.

Nie można się zgodzić na twierdzenie Reinhardta (5), który przypisuje wystąpienie objawów groźnych dostaniu się do ustroju rozłożonej adrenaliny, szybko ulegającej zepsuciu po odkorkowaniu flaszeczki. W naszych przypadkach o rozkładaniu się adrenaliny mowy być nie może, jeśli się

zważy, że rozczyny były zawsze świeże i że równocześnie mieliśmy kilka chorych (3—4) w leczeniu, które dostawały po 1 cm³ podskórnie, tak że flaszeczka, zawierająca 10 cm³ rozczynu, wystarczała zaledwie na dwa dni (pewna część przy nabieraniu do strzykawki szła na marne). To też możemy śmiało utrzymywać, że świeże rozczyny adrenaliny wywołują w ustroju ludzkim napewno poważne zaburzenia.

U naszych chorych mierzono ciepłotę ciała kilka razy dziennie i nigdy nie zauważyłem podniesienia się jej mimo wykonania tylu doświadczeń. Podają to i inni autorowie, oprócz jednego Velitsa, który opisuje gorączkę 39,5° C. u swej chorej po wstrzyknięciu rozczynu wyciągu z nadnercza.

Nie możemy na podstawie naszych spostrzeżeń utrzymywać, aby parcie krwi po wstrzyknięciu adrenaliny wybitniej się zwiększało; przyrządem Riva-Rocci, stosowanym w każdym przypadku wielokrotnie przed i krótki czas po wstrzyknięciu adrenaliny, stwierdzałem nieznaczne tylko wahania, wynoszące zaledwie kilka milimetrów słupa rtęci, a tylko w jednym przypadku (nr 2) raz różnica ta doszła do 6 mm.

Bossi, Tanturri (6) i Puppel (przypadek 1-szy) już po zastosowaniu kilku, względnie kilkunastu wstrzykiwań podskórnych adrenaliny zauważyli dodatni wynik leczniczy, a mianowicie zupełny brak bolów podczas spoczynku i przy ruchach; Reinhardt po kilku wstrzyknięciach zauważył polepszenie, a dopiero po 45 zupełne wyleczenie. Również Kaessmann (7) opisuje przypadek, w którym chora po 7 wstrzyknięciach adrenaliny po $^1/_2$ cm³ powróciła zdrowa do domu; jednakże wkrótce (po 9 dniach) zgłosiła się z nawrotem choroby, a ponowne wstrzykiwania adrenaliny nie dały u niej korzystnego wyniku. W przypadku tym, według Engelmanna (8), nastąpiło wyleczenie dopiero po wytrzebieniu jajników. Natomiast inni autorowie jak v. Velits, Neu i Puppel (przypadek 2-gi) odmawiają leczeniu wstrzykiwaniami adrenaliny skuteczności. Według naszych spostrzeżeń chore stopniowo przyzwyczajały się do tego leku, tak dalece, że mogliśmy ze względu na brak wybitniejszego polepszenia dłużej go stosować. (I tak u 4 chorych wykonaliśmy po 40 wstrzyknięć, u jednej nawet 70). Wyleczenia zupełnego nie zauważyliśmy jednak w żadnym przypadku, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że do pewnego stopnia poprawa (t. j. zmniejszenie się bolów) następowała. Czy jednakże okoliczność tę odnieść należy do działania adrenaliny, czy też może do lepszych warunków bytu w szpitalu, jak — zupełnego spokoju, wstrzymania się od ciężkiej pracy domowej, lepszego pożywienia i t. d. — nie da się rozstrzygnąć, zwłaszcza, że leczone kobiety pochodziły głównie z biednego stanu wyrobniczego; w każdym razie bardzo jest prawdopodobnem, że spokój, leżenie w łóżku i korzystniejsze warunki bytu odgrywały tu niepoślednią rolę.

Prawie wszystkie chore nasze do wstrzykiwań adrenaliny się przyzwyczajały i znosiły lek ten później dobrze. U jednej tylko chorej (nr 1) wystąpiły po 9-tem wstrzyknięciu (po $^1/_2$ cm³ adrenaliny) tak groźne objawy, że zmuszeni byliśmy odstąpić od tego sposobu leczenia. Podaliśmy jej naówczas fosfor (0,01 : 100,0 *olei jecor. asel.*, dwie łyżeczki dziennie), poczem dopiero stan jej po 41 dniach leczenia dość znacznej uległ poprawie. Tożsamo stan dwóch innych chorych, którym w międzyczasie dla kontroli podawałem wewnętrznie fosfor, uległ po 39 dniach leczenia znacznej poprawie. Jeśli zważymy, że dotychczasowy sposób leczenia fosforem u chorych, dotkniętych zmięknieniem kości, daje jeśli nie lepsze, to już co najmniej takie same wyniki, jak leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi adrenaliny, a przytem leczenie fosforem jest niebolesne, trwa krócej i nie wymaga tak ścisłego dozoru lekarskiego, a ze strony ustroju chorej tak nadmiernego wysiłku, jak wstrzykiwania wyciągu nadnercza, to łatwo zrozumieć, że nie możemy być tak gorącymi zwolennikami tej nowej metody leczniczej, jak tego pragnie Bossi. Neu przypuszcza, że wyciąg nadnercza leczy zmięknienie kości jedynie u kobiet ciężarnych, względnie w połogu będących; jednakże przypuszczenie to, jak ogłoszone przypadki Puppela (przyp. 2) i Kaessmanna wykazują, jest mylne, podobnie, jak mylnem byłoby twierdzenie, że u kobiet, nie będących w ciąży lub w połogu, wyniki leczenia adrenaliną są ujemne. Do tej kategoryi należą przypadki ogłoszone przez Tanturriego i Reinhardta, którzy otrzymali właśnie u kobiet nieciężarnych i nie będących w połogu wyniki dodatnie. Puppel leczył adrenaliną dwie ciężarne, z których u jednej miał wynik dodatni, u drugiej zaś ujemny. W naszych zaś sześciu przypadkach wyleczenia pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny nie mogliśmy zauważyć. Zdaje się tedy być pewnem, że ciąża i połóg nie mają żadnego wpływu na działanie adrenaliny.

Na zakończenie dodać winienem, że na zapytanie pisemne w ostatnich czasach otrzymałem od dwóch chorych odpowiedź (chore 1-sza i 4-ta); obie chore dotychczas zdrowe nie są, bóle w krzyżach i kościach dotąd się jeszcze utrzymują; należy też przypuścić, że taki sam stan będzie najprawdopodobniej i u owych 4 chorych, które dotąd odpowiedzi nie nadesłały.

W końcu złożyć mi wypada serdeczne podziękowanie Panu Radcy Drowi A. Krokiewiczowi, prymaryuszowi szpitala, za łaskawe odstąpienie materyału szpitalnego, potrzebnego do wykonania odpowiednich doświadczeń i za zachętę do niniejszej pracy.

Piśmiennictwo. 1) L. M. Bossi: Nebennieren und Osteomalakie. Ctrblt. für Gyn. Nr. 3. 1907, Nr. 6. 1907, und Nr. 50. 1907. — 2) v. Velits: Ueber Adrenalinwirkung bei Osteomalakie. Ctrblt. für Gyn. Nr. 29. 1907. — 3) M. Neu: Bemerkungen zu dem Aufsatz u. s. w. Ctrblt für Gyn. Nr 38. 1907, Nr. 50. 1907. — 4) E. Puppel: Ueber Behandlung der Osteomal. mit Nebennierenpraeparaten. Ctrblt für Gyn. Nr. 49. 1907.— 5) I. C. Reinhardt: Adrenalin und Osteomal. Ctrblt für Gyn. Nr. 52. 1907. — 6) D. Tanturri: Ein schwerer Fall von Osteomal. u. s. w. Ctrblt für Gyn. Nr. 34. 1907. — 7) F. Kaessmann: Ein Beitrag u. s. w. Ctrblt für Gyn. Nr. 44. 1907. — 8) Fritz Engelmann: Ctrblt für Gyn. Nr. 5. 1908.

Kamica kiszkowa w przebiegu nieżytu kiszek śluzowo-błoniastego

podał

Dr Leon Zuławski

Dyrektor szpitala powsz. w Gorlicach.

(Dokończenie.)

Z drugiej strony cały szereg przypadków śluzowobłoniastego nieżytu kiszki grubej, rozpoznanych mylnie, jako

zapalenie wyrostka robaczkowego, stanowi falangę »wyleczonych bez operacyi zapaleń wyrostka« i tę falangę zużywa się jako dowód przeciw operacyjnemu leczeniu prawdziwych zapaleń wyrostka robaczkowego. Przez to wywołuje się takie zamieszanie pojęć spraw chorobowych wyrostka, jakie nie istnieje w żadnej innej dziedzinie i którego dotąd nie zdołały rozwikłać mnogie rozprawy na licznych zjazdach i posiedzeniach rozmaitych towarzystw lekarskich. Nie myślę tutaj kruszyć kopii za tem, czy należy każde zapalenie wyrostka odrazu operować, czy wyczekiwać z nożem w ręku; dla mnie sprawa ta po smutnych doświadczeniach z teoryą wyczekiwania rozstrzygnięta jest na korzyść operacyjnego leczenia każdego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ramy tej pracy są za małe, by wdawać się w szersze omawianie tej sprawy; pragnę zwrócić tylko uwagę na wzajemny stosunek do siebie tych spraw chorobowych w oświetleniu ostatnich spostrzeżeń i zapatrywań, t. j. nieżytu kiszek i zapalenia wyrostka. Czy często spotyka się te dwie sprawy chorobowe razem? Bottentuit na 460 chorych na nieżyt kiszki grubej nie zauważał ani jednego zapalenia wyrostka. Spostrzeżenie jego już przez to samo nabiera większego znaczenia, że Bottentuit przez długie lata tych samych chorych badał wielokrotnie podczas ich corocznej kuracyi w Plombières. Inni autorowie, jak Potain, Glenard, Dieulafoy, tak rzadko spostrzegali zapalenie wyrostka w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek, że uważają wzajemny stosunek tych chorób do siebie za wyłączony. Dieulafoy w ostatnim tomie »Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris« przytacza cały szereg spostrzeżeń niepotrzebnie operowanych chorych na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek w połączeniu z kamicą kiszkową, u których wycięty wyrostek nie okazywał żadnych zmian i podnosi, że często ci, którzy wierzą w związek przyczynowy tych obu chorób, sądzą, że przez wycięcie wyrostka, nieżyt kiszek ulega wyleczeniu. Tymczasem przez licznych autorów zostało niezbicie udowodnionem, że to wyleczenie jest tylko pozorne, i że potem wcześniej czy później te same napady bolów, dla których wycięto wyrostek, powróciły. I tak sprostował M. Esmonet przypadek podobnego pozornego wyleczenia śluzowobłoniastego nieżytu kiszek u dziecka, opisany przez Alfreda Wagon (»L'appendicite chronique d'emblée« Thèse 1904). Esmonet wykazał, że to samo dziecko leczyło się w jakiś czas po operacyi w innym szpitalu na takie same napady bolów z powodu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek. To samo spostrzeżenie uczynił na innych pozornie wyleczonych Ehrmann. Dziś już większość klinicystów wyłącza w następstwie podobnych spostrzeżeń związek tych dwóch chorób. Do tego zapatrywania przyłączył się i Prof. Ewald z Berlina na zjeździe w Paryżu, a w ostatnim czasie w r. 1906 na posiedzeniu akademii paryskiej przedstawił Prof. Pinard swoje spostrzeżenia, dotyczące bardzo znacznej liczby kobiet, chorych na nieżyt kiszek, u których tylko bardzo rzadko spostrzegał zapalenie wyrostka i przyłączył się zupełnie do zapatrywań Dieulafoy. Z drugiej strony Dieulafoy stara się dostarczyć dowodu z chorych, u których wycięto wyrostek robaczkowy z powodu rzeczywiście istniejących zmian zapalnych, o ile u tych chorych dają się we wywiadach wykazać objawy śluzowobłoniastego nieżytu kiszek. Przy szczegółowem badaniu 200 takich chorych, zdołał Dieulafoy zaledwie u czterech wykazać, że chorowali na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek. Widzimy już, że nieżyt taki ani nie jest częstem powikłaniem zapalenia wyrostka, ani też, aczkolwiek tak często przebiega z kamicą jelitową, nie wywołuje (chyba wyjątkowo) — zapalenia wyrostka robaczkowego. Jeżeli właśnie zestawimy tę częstość kamicy jelitowej przy śluzowobłoniastym nieżycie kiszek z tym faktem wyjątkowego wywoływania zapalenia wyrostka, to musimy zauważyć, że to wcale nie zachęca do wiary w teoryę Talamona o powstawaniu zapaleń wyrostka. Cóż łatwiejszego bowiem, w myśl tej teoryi, jak powstanie zapalenia wyrostka przy obecności drobnego zwiru i piasku jelitowego. Tymczasem w rzeczywistości dzieje się inaczej.

Inne omyłki rozpoznawcze przy śluzowobłoniastym nieżycie kiszek nie mają takiego znaczenia z punktu widzenia lekarsko-chirurgicznego i dlatego pomijam je, a przechodzę do sprawy patogenezy kamicy kiszkowej i nieżytu błoniastego, która nie jest jeszcze i prawdopodobnie nie prędko będzie wyświetlona.

Pomijam dla krótkości zarazek chorobotwórczy, który mógł wywołać pierwotny nieżyt jelit, jak również rozmaite inne podawane czynniki chorobowe, co do których rzeczywistego przyczynowego związku z nieżytem zachodzi wątpliwość, i przechodzę odrazu do zapatrywań na sprawę tworzenia się błon i żwiru jelitowego. Co do sprawy śluzowobłoniastego nieżytu kiszek, to zaznaczyć muszę, że w piśmiennictwie naszem przeważa zapatrywanie Nothnagla, który uważał tę chorobę niejako za nerwicę jelit »sui generis«. Na poparcie tego zapatrywania przytacza się to, że przeważna część chorych na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek rekrutuje się z pomiędzy kobiet, dotkniętych rozmaitemi nerwicami. Prawda, że znane są dość liczne przypadki nieżytu śluzowobłoniastego u osób zupełnie zdrowych nerwowo, z drugiej strony nie można pominąć milczeniem faktu, że nerwowość u osób dotkniętych takim nieżytem może się wywiązać dopiero w następstwie tych bardzo gwałtownych bolów. Nie ulega bowiem wątpliwości, że takie ustawiczne napady mogą i najsilniejszy układ nerwowy wyprowadzić z równowagi. Teorya Nothnagla tłómaczy co najwyżej częściowo tylko objawy tej choroby i to głównie jej jeden objaw, tj. ból, gdyż co do drugiego objawu, jak nadmiernego wytwarzania się śluzu, zachodzi prawdopodobieństwo działania innego czynnika.

A mianowicie, zwrócono uwagę na częstość występowania śluzowobłoniastego nieżytu kiszek u osób dotkniętych skazą moczanową. Rozmaici autorowie podają szereg spostrzeżeń, wykazujących wzajemny stosunek nieżytu śluzowobłoniastego do dny. Jeżeli się po przeczytaniu historyi chorób tych przypadków głębiej zastanowi, — zadać sobie trzeba pytanie, czy też wszystkie przypadki takiego nieżytu, a szczególniej związanego z kamicą kiszkową, nie są może zależne od ogólnego stanu ustroju, od ogólnej przemiany materyi. Nawet te przypadki, do których niewątpliwie teorya Nothnagla stosować się może, mogłyby być przecież przypadkami dny, to znaczy, że ten stan nerwowy, któremu przypisuje się wywołanie nieżytu śluzowobłoniastego, jest tylko odmienną, łagodniejszą postacią skazy moczanowej. Przecież u rozmaitych rodzin w szeregu pokoleń można często zauważyć, że typowa dna pojawia się

pod rozmaitemi postaciami chorobowemi. I tak, dna, pojawiająca się jako typowa podagra u pradziadka, przedstawi się nieraz u jego potomków, jużto jako rozmaitego rodzaju kamice, jużto wystąpi u innego z nich cukrzyca, albo nadmierna otyłość; niekiedy znowu spostrzeżemy tylko choroby skórne, jak wyprysk, łuszczycę; — czasami widzimy, że u prawnuka nie można nic więcej stwierdzić, jak wczesną neurastenię, i to ogólne osłabienie układu nerwowego, które często spotykamy w rodzinach dnawych, stanowi tylko pozorną lukę w tych objawach dny. Pozorną dlatego, że nie znalazłszy żadnego innego chorobowego objawu skazy moczanowej, uważamy takiego **osobnika** za wolnego od dny i tylko za neurastenika, tymczasem — w dalszym przebiegu przekonać się możemy, że ta neurastenia nie była tak niewinną i że poza nią kryło się rodzinne, z pokolenia na pokolenie przechodzące zaburzenie ogólnej przemiany materyi. Zaburzenia dnawe, okazujące się pod postaciami tak odmiennemi, jak zmiany w stawach, w skórze, jak kamice itd. powinny nas skłonić do przyjęcia zapatrywania, że i niektóre nerwice mogą być w pewnych rodzinach zmianami układu nerwowego pochodzenia dnawego. W niejednym przypadku neurastenii leczenie, zwrócone w kierunku tego zapatrywania, wywołuje wybitną poprawę, a nawet zupełne wyleczenie. To też choroby nerwowe, w przebiegu których spotykamy śluzowobłoniasty nieżyt kiszek, należy, mem zdaniem, traktować z wszelką rezerwą wobec tych licznych przypadków, których ścisły stosunek z dną został udowodniony i należy zawsze ściśle dochodzić, czy podłożem nie jest ogólna skaza. Oto kilka przykładów śluzowobłoniastego nieżytu kiszek, złączonego przyczynowo z dną.

Laboulbène leczył chorego na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek, który przedtem cierpiał na dychawicę, krwawnice — napady kolki nerkowej z oddawaniem piasku moczowego. W 40-ym roku życia chory ten z powodu kolek nerkowych, udaje się na leczenie do Vichy; tam pod wpływem leczenia ustaje kamica nerkowa. Odtąd chory zaczyna miewać bole napadowe brzucha i w stolcach zjawił się piasek. Badanie chemiczne piasku wykryło oprócz istoty organicznej — obecność soli fosforanowych, wapniowych i magnezowych.

Dieulafoy wspólnie z Renonem spostrzegali mężczyznę lat 33 liczącego, którego dziedziczne obciążenie w zestawieniu z jego dolegliwościami zasługuje na podniesienie. Rodzice chorego cierpieli na migrenę, wyprysk i kamicę żółciową; dziadkowie na otyłość, cukrzycę i podagrę. Sam chory od 5 roku życia cierpiał na napady gwałtownej migreny, przed laty kilku wystąpił u niego na twarzy i rękach uporczywy wyprysk. Przed trzema laty dostaje chory napadu kamicy i z tą chwilą ustępuje migrena. Przed kilku miesiącami zauważył chory w stolcach obecność śluzu, podobnego do źle ugotowanego białka. W badanych stolcach znaleziono oprócz śluzu kilkadziesiąt ziarn żwiru jelitowego wielkości pestek winnej jagody. Chory, co szczególne, ani przed stolcami, ani w czasie oddawania ich nie miał żadnych bolów i, jak podaje, nigdy nie czuł się tak zdrowym, jak w czasie oddawania tych stolców. Znamienną jest rzeczą, że w sześć tygodni po ustaniu oddawania żwiru jelitowego wróciły napady migreny i wyprysk na twarzy i rękach.

Jeszcze bardziej pouczającym jest przypadek Roussela z Rouen. Chora od 20 lat cierpiała na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek z kamicą kiszkową. Wśród gwałtownych bolów brzucha oddawała stolce, zawierające błony śluzu, żwir i piasek kiszkowy. Pochodzenie jelitowe tego żwiru i piasku wykazało badanie dokonane przez Berlicza. Za dnawem pochodzeniem tej kamicy kiszkowej przemawia to, że chora od 30 lat cierpi na napady kolki nerkowej i z moczem oddaje piasek i żwir. Równocześnie od 20 lat cierpi chora na powtarzające się napady ostrej dny, trwające 5 do 6 tygodni. Matka chorej wielokrotnie leczyła się w Vichy z powodu kamicy żółciowej; ojciec cierpiał na kolkę nerkową i kamień pęcherzowy, a pradziadek przez długie lata na napady typowej dny. Co również ciekawe, córka chorej od kilku miesięcy zasłabła na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek z typowymi napadami bolów. Czyż można wyobrazić sobie lepszy przykład pochodzenia dnawego owego nieżytu i kamicy kiszek i zbioru objawów dny u tego samego osobnika?

Wobec podobnych licznych przykładów nie można oprzeć się zapatrywaniu, że tem usposobieniem kamieniotwórczem, które w każdej kamicy odgrywa główną rolę, jest ogólna zmiana przemiany materyi, ogólna zmiana chemiczna ustroju, występująca pod postacią raz typowej dny, to znów nadmiernej otyłości, albo cukrzycy itd. Do tej samej sfery działania tej zmienionej zdolności życiowej ustroju zaliczamy i przedwczesną miażdżycę tętnic.

Jakkolwiek nie wszystkie przypadki śluzowobłoniastego nieżytu kiszek powstają na podłożu dnawem, to jednak spostrzeżenia powyższe dowodzą istnienia niewątpliwego związku tego cierpienia ze skazą moczanową. Zarzut, że w kamieniach jelitowych nigdy nie wykazano soli moczanowych, nie ma większego znaczenia, a to tem więcej, że wiadomości nasze o przemianie materyi są za skąpe, ażeby wyłączyć związek wzajemny między fosforanami a moczanami w sprawach chemicznych ustroju żyjącego. Mamy liczne przykłady ludzi, dotkniętych wybitnie dną, cierpiących na kamicę nerkową i oddających kamienie i żwir nerkowy, złożony jedynie z soli fosforanowych. Ostatecznie wszystkie spostrzeżenia licznych autorów dają się sprowadzić do tego, że nie zaprzeczając istnienia śluzowobłoniastego nieżytu kiszek i kamicy kiszkowej jako spraw chorobowych miejscowych, zależnych od innych przyczyn, musimy przyjąć, że w znacznej części tych spraw dna stanowi główny czynnik przyczynowy.

Przypadek nasz, opisany we wstępie, również musimy zaliczyć do tych przypadków kamicy kiszkowej, które znajdują wytłómaczenie jedynie w ogólnej zmianie przemiany materyi. Początku i pierwotnej przyczyny nieżytu śluzowobłoniastego w tym przypadku dziś na podstawie wywiadów nie możemy ustalić. Brak jakichkolwiek objawów zmiany układu nerwowego przemawia przeciw istnieniu czystej nerwicy w myśl zapatrywań Nothnagla, a wybitne zmiany w moczu wskazują na znaczne zaburzenie ogólnej przemiany materyi. Zaburzenie to, objawiające się wzmożoną zdolnością wydzielania soli z ustroju, znajdowałoby potwierdzenie w dwukrotnem tworzeniu się kamieni, przed 4 laty w oskrzelach, obecnie zaś w kiszkach. Wzajemny stosunek między chemicznym składem moczu, a obecnością piasku w jelitach przemawia najwymowniej za tem, że te napady tworzenia się piasku uważać należy za objawy w rodzaju napadów dny. Ustrój peryodycznie wyzbywa się w tym przypadku drogą jelit szkodliwych i w nadmiernej ilości znajdujących się wytworów wadliwej przemiany. Dodać winienem, że chora używa dyety mieszanej — i że wcale nie wprowadza do swego ustroju zwiększonej ilości pokarmów roślinnych.

Na zakończenie dodaję, że zastosowałem sposób leczenia taki, jaki się zwyczajnie stosuje przy skazie moczanowej z dodatkiem miejscowego leczenia lewatywami — i obecnie napady są daleko rzadsze.

Piśmiennictwo: W. Jaworski: Nauka o chorobach wewnętrznych T. III. — H. Nothnagel: Die Erkrankungen des Darms und des Bauchfells. — J. Fontét: Essai sur la lithiase intestinale. — A. Wa-

gon: L'appendicite chronique d'emblée. — M. Potoin: De la colite chronique. — Dieulafoy: Manuel de pathologie interne. T. II. — Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris 1905—1906. — Dieulafoy: Les fausses appendicites.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Kehr. **O tamowaniu krwotoku z tętnicy pęcherzykowej przez podwiązanie tętnicy wątrobnej właściwej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). K. zmuszony był dotąd dwa razy podwiązać tętnicę wątrobną właściwą. Dawniej raz z powodu tętniaka, a obecnie z powodu nie dającego się inaczej zatamować krwotoku z tętnicy pęcherzykowej po wycięciu samego pęcherzyka żółciowego. Z badań Haberera wiadomo, co następuje: 1) Tętnicę wątrobną wspólną u człowieka można podwiązać bez obawy zaburzeń w wątrobie raczej, niż tętnicę wątrobną właściwą. 2) Podwiązanie t. wątrobnej właściwej przed odejściem gałązki żołądkowej prawej w regule nie szkodzi wątrobie, natomiast podwiązanie poza miejscem odejścia tej tętnicy wywołać może nawet ogólną zgorzel wątroby, jeżeli tętnica przedtem była zupełnie zdrowa. Według tego, co twierdzi Haberer, lepiejby było w zasadzie podwiązać już tętnicę wspólną. K. jednak podwiązał tętnicę właściwą, bo chora już nie miała sił na przedłużanie zabiegu i szukanie tętnicy wspólnej. Mimoto zabieg nie zagroził wątrobie, a jedynie wytworzył się w 3 miesiące później duży ropień, który przebił się sam na zewnątrz. Przyjąć więc należy, że albo istniały tętnice dodatkowe, albo też następowo wytworzyły się dostateczne połączenia naczyniowe. Podwiązanie tętnicy pozostało bez większego wpływu na następowe wydzielanie się żółci. *K.*

Danielsen. **O potrzebie i możności zachowania śledziony przy zranieniach i zmianach tego narządu.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 60, Z. I—II). D. mniema, że zanadto lekceważymy czynność śledziony i dlatego usuwamy ją może często bez skrupułu w tem przekonaniu, że nie opłacą się zachowawcze zabiegi wobec narządu, nie tak znów bardzo potrzebnego do życia. A jednak śledziona jest istotnie ustrojowi potrzebna. Główna czynność śledziony polega na oczyszczaniu krwi ze zniszczonych ciałek czerwonych. Nadto śledziona jest bardzo potrzebna w walce z zakażeniem, albowiem doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że po wycięciu śledziony ustrój staje się znacznie mniej odpornym przeciwko wielu zakażeniom. Z tych powodów przeprowadził D. na zwierzętach szereg doświadczeń celem przekonania się, czy i zachowawcze zabiegi na śledzionie dają się wykonać, i stwierdził, że można zupełnie dobrze szyć śledzionę, zwłaszcza jej torebkę cieniutkiemi igłami i jedwabiem. D. nawołuje też do tego, by o ile możności próbować zawsze najpierw zachowawczych zabiegów, jak zeszycia, ewentualnie przy sprawach ograniczonych, n. p. torbielach, nowotworach łagodnych i t. p., wycięcia częściowego. *Kl.*

Bayer: **O wystąpieniu ukrytej przedtem przepukliny udowej po doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej.** (*Prag. med. Wochs.* 1908 Nr 44). W razie usposobienia do przepuklin, często ukryta dotąd przepuklina udowa, zjawia się dopiero po doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, a to z powodu, że pociąganie szwów więzadła Pouparta wywołuje rozszerzenie bramy przepukliny udowej. Dwa podobne przypadki spostrzegał B. i dlatego zaleca przy operacyi przepukliny pachwinowej pilne badanie stanu kanału udowego. *K.*

Völcker: **Roponercze.** (*Tow. przyr. i lek. w Heidelbergu* 3/11 1908 r.) Nazwy »roponercze« o tyle nie można nazwać trafną, że obejmuje ona różne sprawy chorobowe, co do pochodzenia zupełnie odmienne. Z tego też powodu n. p. Küster odróżnia osobno ropień nerkowy od ropniaka miedniczki i zropiałego wodonercza, a »roponercze« całkiem odrzuca. Właściwe roponercze jest zwykle stanem końcowym zakaźnego zapalenia miedniczek i nerek, powstającego drogą wstępującą, np. u ciężarnych, przy przeroście gruczołu krokowego, przy kamieniach, po operacyach pęcherza moczowego i t. p. Ropienie gruźlicze i na tle gruczołów powstaje zwykle w nerce drogą krwi. Natomiast roponercza »fałszywe« powstają przez zakażenie wodonercza. Chociaż na oko sprawy te wyglądać mogą w końcu jednako, to jednak roponercze prawdziwe jest zwykle wielokomorowem, a fałszywe stanowi jeden duży worek. Rozpoznanie roponercza otwartego jest łatwe, trudno tylko zdać sobie sprawę, gdy dużo ropy uchodzi, jak jeszcze nerka działa. Co do rozpoznania topograficznego, to V. zwraca uwagę na zachowanie się pępka. Przy guzach wątroby pępek zostaje przesunięty na lewo, czego przy guzach nerki nie spotykamy. Co do leczenia operacyjnego, to przystępujemy do niego zwykle w przypadkach daleko posuniętych. Nacięcie nerki, wypuszczenie ropy i czekanie, czy nerka nie powróci do czynności prawidłowej, zwykle nie wiedzie do celu, bo jeżeli roponercze jest wielokomorowe, to możemy jeden z ropni pominąć, a jeżeli jest jeden worek, to trudno go sączkować i zostawiamy jamę, zakażającą ustrój. Zwykle też potem, ale w warunkach znacznie gorszych, musi się następnie usuwać nerkę, a raczej jej szczątki. *K.*

Urban. **W sprawie nerwobólu nerki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908 Nr 50). Przypadki nerwobólu nerki są bardzo rzadkie, jeżeli za nerwoból uznamy tylko te przypadki, w których żadnych zmian anatomicznych w nerce, a nawet krwawienia nie spotykamy. U. spostrzegał taki właśnie przypądek. Chora zgłosiła się do szpitala celem operacyi kamicy żółciowej i nalegała bardzo na operacyę, a lekarze, mający ją w opiece, zaręczali, że chodzi tu istotnie o kamicę. Operacya wykazała jednak, że kamicy nie było. Napady bolu trwały dalej, rozpromieniając się aż do okolicy kiszki ślepej, przy ciepłocie 39°. Wobec tego rozpoznano zapalenie wyrostka i rzeczywiście przy drugiej operacyi znaleziono wyrostek otoczony zrostami i małe ognisko ropne. Mimo tego zabiegu bole utrzymują się jednak stale, a nawet są większe. Wobec tego doszedł U. do przekonania, że bole wychodzą chyba z nerki. Mocz był zupełnie prawidlowy. Nastąpiła trzecia operacya: odsłonięcie prawej nerki, która okazała się zupełnie prawidłową. U. obłuszczył ją tylko i umieścił bez przyszycia w zwykłem miejscu. Po operacyi tej odrazu bole znikły. Wobec braku innych danych przypuszczać należy, że chodziło tu o nerwoból nerkowy. *K.*

Fränkel. **Siedziba przeciwwygięć i inne warunki leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). Sposobowi Klappa, leczenia skrzywień kręgosłupa pełzaniem, zarzuca się, że przy licznych skrzywieniach wpływa on dodatnio tylko na jedno, gdy inne skrzywienia nawet pogarsza, ponieważ nie możemy przy pełzaniu dokładnie oznaczyć miejsca przeciwwygięcia sztucznego. Z tego też powodu Lange twierdzi, że leczenie pełzaniem nadaje się tylko do skrzywień zupełnych, które stanowią zaledwo 10% skrzywień. F. staje w obronie leczenia pełzaniem i na podstawie swych badań, popartych zdjęciami kinematograficznemi, twierdzi, że pełzanie nie jest leczeniem szablonowem, ale że przeciwnie można je do skrzywień przystosować, t. j. wywoływać dowolnie w danem miejscu przeciwskrzywienia. Nadto pełzanie jest znakomitą gimnastyką i środkiem zapobiegawczym przeciw skrzywieniom. Przy skrzywieniach na granicy kręgów piersiowych i lędźwiowych zwykłe pełzanie oddaje zupełnie dobre nsługi, bo, jak z badań Loretta wiemy, przy wyciągniętym kręgosłupie ruchy boczne jego odbywają się głównie jego częścią krzyżową, co właśnie przy pełzaniu następuje. Chcąc zaś przy skrzywieniach wyżej położonych przenieść przy pełzaniu i przeciwwygięcia wyżej, musimy postępować już inaczej. F. badał różne zwierzęta i przekonał się, że ułożenie kręgosłupa zależy u nich od długości kończyn. Zwierzęta takie, jak hyena, niedźwiedź, przednie kończyny mają dłuższe od tylnych, przez co kręgosłup przybiera postać łuku, wygiętego ku tyłowi. Natomiast tygrys, łasica, jamnik i t. p., mają przednie łapy krótsze i przez to kręgosłup wygina się u nich ku przodowi. Zwierzęta tej drugiej grupy są znacznie zgrabniejsze i zwinniejsze od pierwszych. To spostrzeżenie przenosi F. do leczenia skrzywień kręgosłupa w części piersiowej. Przy zwykłem pełzaniu uzyskuje się, jak wspomnieliśmy, największe wygięcia kręgosłupa w części lędźwiowej. Otóż F. przez obniżenie wysokości kończyn górnych przy pełzaniu (zapomocą zgięcia kończyn, jak u jamnika), przenosi największe skrzywienie ku przodowi, a przez to i największą ruchomość wyżej w część piersiową kręgosłupa. W ten sposób można w dowolnem miejscu wytwarzać przeciwskrzywienia przy pełzaniu i leczenie indywidualizować. Przy skrzywieniu n. p. szyjno-piersiowem, gdy szczyt skrzywienia leży na wysokości np. 5-go kręgu piersiowego, polecamy chorym pełzać twarzą jak najbliżej ziemi, t. j. z najwięcej kątowo zgiętemi kończynami górnemi, odwrotnie zaś, im skrzywienie leży niżej. To rozwiązuje także dalszą trudność przy leczeniu pełzaniem, mianowicie trudność leczenia tym sposobem przy licznych skrzywieniach. Jeżeli n. p. spotykamy (jak to często bywa) prawostronne skrzywienie piersiowe i lewostronne lędźwiowe, to polecamy pełzać

w prawo głęboko, a w lewo stromo (z podniesionemi kończynami. Sposób Klappa jest tak prosty, a dobry, że należy starać się o jego ulepszenie i rozpowszechnianie, a nie odrzucać go bez dokładnej oceny *K.*

Schulz. **W sprawie rokowania przy urazowych nie powikłanych zwichnięciach barku.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 60, Z. 1—2). Aczkolwiek wydawałoby się, że po zwichnięciu, wczas odprowadzonem, nie powinny pozostać stałe zmiany, to jednak S., badając następowo 54 pacyentów po zwichnięciu barku przekonał się, że z nich zaledwo u 7, t. j. 13%, można mówić o zupełnie dobrem wyleczeniu. U 14 (26%) wprawdzie ruchomość ramienia pozostała wcale dobrą, ale natomiast siła mięśniowa prawie o połowę się zmniejszyła. Trzecia część badanych skarżyła się na bole i rwania w stawie przy zmianie pogody, a prawie połowa nie mogła swobodnie odwodzić ramienia. Wynika z tego, że nawet przy zwykłych prostych zwichnięciach ramienia należy rokować bardzo ostrożnie, a to ze względu na późniejsze zbliznowacenie i kurczenie się torebki stawowej i okolicznych tkanek. Co do leczenia, to S. poleca wczesne miesienie i wykonywanie ruchów. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

A. Bielander i K. Mayer. **W sprawie gruźlicy w ciąży.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zeszyt 1). W ostatnich czasach zaczęto się znowu żywo zajmować sprawą patogenezy gruźlicy, odkąd stwierdzono, że gruźlica może się usadowić w łożysku i stąd przejść na płód. Schmorl znalazł w 45% łożysk kobiet gruźliczych zmiany, jużto na powierzchni kosmków, już w przestworach międzykosmkowych, już wreszcie — najrzadziej — w samych kosmkach, a Runge stwierdził ogniska gruźlicze w doczesnej łożyskowej. Zakażenie gruźlicze łożysk występuje nietylko z końcem ciąży, ale i we wczesnych jej okresach, a różnica polega na usadowieniu się sprawy; w pierwszych miesiącach ciąży spotyka się ją najczęściej w doczesnej łożyskowej, a w późniejszych w bliższych płodu warstwach łożyska. — Autor podaje historyę przypadku, w którym z powodu szybko postępującej gruźlicy płuc u ciężarnej w 2—3 miesiącu, przerwano ciążę przez wyjęcie macicy wraz z przydatkami drogą pochwową. Jajowody wyjęto, ponieważ podczas operacyi zauważono na ich powierzchni guzki — (jak się później pokazało, były to małe torbielki) — a jajniki usunięto celem przyspieszenia nagromadzenia się tłuszczu w ustroju. Po operacyi chora szybko przyszła do siebie, zyskała w ciągu 6 tygodni 5 klgr wagi, sprawa gruźlicza w płucach wyraźnie ustępowała i stan ogólny znacznie się poprawił. Badanie drobnowidowe łożyska wykazało w różnych miejscach doczesnej łożyskowej wyraźne ogniska gruźlicze. Zdaje się, że zajęcie doczesnej jest pierwszym okresem gruźlicy łożyska, która przy dalszem trwaniu przechodzi na kosmki i przestwory międzykosmkowe, skąd już łatwo może przejść na płód. Gdyby się więc w przyszłości przy dalszych badaniach okazało, że przy postępującej gruźlicy u matki, zakażenie istotnie często przechodzi na łożysko, to łatwa będzie odpowiedź na pytanie, dotychczas nierozstrzygnięte, czy w takich przypadkach przerwać ciążę już w pierwszych jej miesiącach, czy też przeczekać wpływ dalszego przebiegu ciąży na chorobę matki. Autor przypuszcza nawet, że gruźlica prosówkowa i opon mózgowych, nierzadko występująca po porodach samorodnych u kobiet chorych na gruźlicę płuc, jest następstwem dostania się mas serowatych — przy oddzielaniu się łożyska — do otwartych wtedy żył i uogólnienia się w ten sposób zakażenia drogą naczyń krwionośnych w całym ustroju. Jeżeli przypuszczenia powyższe okażą się słuszne, wówczas jedynym zabiegiem, ratującym wprost życie ciężarnej w przypadkach wyraźnie postępującej gruźlicy płuc będzie przerwanie ciąży i to, ze względu na możliwość ponownego zastąpienia i zakażenie gruźlicze, toczące się w macicy, przez całkowite jej wyjęcie. *E. Ehrenpreis.*

Gräfenberg. **Wpływ kiły na potomstwo.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zeszyt 1). Znaczenie kiły, jako najczęstszej przyczyny śródmacicznej śmierci płodu, obudziło w ostatnich latach szczególne zajęcie, odkąd udało się krętki blade wykryć we wszystkich prawie narządach płodów kiłowych, i to nietylko zmacerowanych lub świeżo zmarłych, lecz także pozornie zdrowo urodzonych, u których gołem okiem żadnych zmian znaleść nie można. Badania wykazały, że prawie każdy nowonarodzony płód zmacerowany dotknięty był kiłą wrodzoną, najmniej jednak 80%; podobnie przy obliczaniu stosunku płodów zmacerowanych do porodów kiłowych w ogólności, pokazało się, że 92% płodów z kiłą wrodzoną rodzi się w stanie zmacerowanym. Nieliczne tylko matki, których płody zawierały krętki blade, okazywały jeszcze ślady przebytej kiły. W niektórych przypadkach matki wcale kiły nie przechodziły, a zakażenie płodu należało odnieść do ojca. Świeża kiła u matek rzadko tylko łączyła się z charakterystycznemi zmianami kiłowemi u dzieci. Krętki blade najłatwiej znaleść można, poddając narządy płodowe badaniu histologicznemu. Ponieważ badanie także możliwe jest tylko na płodach obumarłych, należało znaleść taką metodę badania, któraby rzucała światło na stosunki, jakie zachodzą u płodów żywo urodzonych z matek kiłowych. Badania takie miałyby bardzo ważne znaczenie praktyczne, o ileby umożliwiły rozpoznanie kiły wrodzonej już wcześnie, jeszcze przed wystąpieniem groźnych objawów, o ileby pozwoliły przez zastosowanie odpowiedniego leczenia, uratować życie niejednemu dziecku, które po wystąpieniu charakterystycznych objawów, byłoby już stracone. W tym celu badano popłody i przekonano się, że krętki znajdują się tu tylko w niewielkiej ilości i zawsze tylko w płodowej części łożyska. Lepsze wyniki rozpoznawcze uzyskano przy badaniu płodowej części pępowiny, wziętej o ile możności blizko pępka skórnego. We wszystkich przypadkach, gdzie spotkano krętki w narządach wewnętrznych płodu, znaleziono je również we wielkiej ilości w płodowej części pępowiny, a mianowicie głównie w ścianie żyły pępowinowej. Podobne badania zaczęto więc przeprowadzać u płodów żywo urodzonych, podejrzanych co do kiły; na podstawie wyników tych badań twierdzi autor, że brak krętków w pępowinie przemawia przeciw kile wrodzonej. Tam, gdzie badanie pępowiny jest niemożliwe, n. p. po jej odpadnięciu, radzi autor badać co do krętków płyn, wydobyty przez nakłucie z wątroby, który w przypadkach kiły wrodzonej zawiera zawsze krętki żywe; nakłucie, wykonane cienką długą igłą, nie wywołuje nigdy szkodliwych następstw. — Tam, gdzie u dzieci wystąpią objawy kiłowe dopiero w jakiś czas po porodzie, a badanie pępowiny i soku z wątroby wypadło ujemnie, ma się napewno do czynienia z kiłą nabytą wśród lub po porodzie. Badania powyższe obaliły przypuszczenie o utajonym okresie kiły wrodzonej i zwróciły uwagę na częstość występowania u dzieci kiły nabytej, szczególnie, odkąd wykazano krętki blade w wydzielinie szyjki macicy nietylko u kobiet z wyraźnymi objawami kiły (kłykciny), ale i tam, gdzie na zewnętrznych częściach rodnych żadnych zmian widać nie było. Ponieważ jednak u dzieci z objawami kiły nabytej przy porodzie często napróżno szukano wrzodu pierwotnego, mówiono o utajonym okresie kiły wrodzonej, mimo, że sami zwolennicy tej teoryi spostrzegali u dzieci takich wysypkę skórną, nie różniącą się niczem od każdej wczesnej wysypki drugorzędnej u dorosłych, a która tembardziej przemawia za kiłą nabytą. Istotnie liczne spostrzeżenia, że noworodki z rzekomo utajoną kiłą, jeszcze przed wybuchem wysypki skórnej, cierpią zawsze na uporczywą sapkę, tłómaczą — zdaniem autora — dostatecznie sposób powstania (przez aspiracyę śluzu) i siedzibę wrzodu pierwotnego. — Nierozstrzygnięte jest pytanie, na jakiej drodze następuje zakażenie zarodka. Badania wykazały, że krętki nigdy nie tkwią w plemnikach, lecz są z niemi zmieszane; inaczej zresztą być nie może, skoro krętki są 3 razy większe od główki plemnika. W jajniku krętków dotychczas nie znaleziono. Zdaje się więc, że jajko, które zawsze zdrowe wychodzi z jajnika, zostaje zarażone przez krętki na drodze swej do macicy, a więc w jajowodach lub w samej macicy w chwili, kiedy plemniki zmieszane z krętkami jajko zapładniają; obojętnem jest przytem, czy krętki zmieszały się z plemnikami już w jądrach lub nasieniowodach mężczyzny, czy też do zdrowego nasienia dołączyły się dopiero w narządzie rodnym kobiety, zarażonej kiłą. Jasną jest rzeczą, że zarażenie zarodka nie musi łączyć się z zarażeniem matki; natomiast może matka być zarażona przy porodzie przez wtargnięcie krętków płodu kiłowego do licznych ran porodowych matki. Zakażenie płodu może się jeszcze odbyć drogą łożyska. Tam, gdzie matki ulegają zakażeniu dopiero w ciąży, mogą krętki przejść przez łożysko i dostać się do jaja płodowego. W im wcześniejszym okresie ciąży matka została zarażona, tem prędzej może nastąpić zakażenie jaja płodowego przez łożysko. — Wnioski praktyczne z powyższych badań są następujące: Poród płodu kiłowego wskazuje na zakażenie rodziców, którzy powinni przeprowadzić energiczne leczenie przeciwkiłowe. Jeżeli zakażenie matki nastąpiło dopiero w ciąży lub przed jej kresem, można przypuścić, że płód urodzi się zdrowy, o ile nie zarazi się podczas porodu. W celu zapobiegawczym należy więc krętki, znajdujące się w narządzie rodnym matki, niszczyć zapomocą przestrzykiwań sublimatowych pochwy przed porodem i podczas porodu. Wszelkie rany na ciele płodu należy skrupulatnie oczyścić sublimatem, przy licznych rankach polecić kąpiel sublimatową,

albo czerwoną maść rtęciową. Szczególną uwagę należy zwrócić na ranę pępkową. Najlepszą ochronę stanowi przypalenie resztki pępowiny żegadłem i zasypanie rany dermatolem i t. p. Ponieważ zakażenie płodu jest możliwe przez wetchnięcie śluzu z narządu rodnego zakażonej matki, należy śluz ten bardzo skrupulatnie usuwać z jamy ust, nosa i tchawicy płodu i oczyścić je przez wytarcie wodą utlenioną. Szczególną uwagę należy zwrócić na nieżyt nosa u osesków, ze względu na możliwość sadowienia się wrzodu pierwotnego w nosie. Matki kiłowe nie powinny karmić dzieci zdrowo urodzonych. Na odwrót znowu należy ochraniać matki zdrowe, które urodziły płody z kiłą wrodzoną, pochodzącą naturalnie od ojca. W przypadkach takich należy szczególną uwagę zwrócić na poporodowe rany narządu rodnego, i zabronić przykładania takich dzieci do piersi matki. *E. Ehrenpreis.*

Himmelheber. **Rzadkie twory torbielkowate w jamie brzusznej.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 87, zeszyt 1). Autor opisuje bardzo rzadki przypadek nowotworu, znalezionego przypadkowo przy otwarciu jamy brzusznej z innego powodu. Cała jama otrzewna wypełniona była torbielkowatymi tworami, przypominającymi zaśniad groniasty, które chorej żadnych zresztą dolegliwości nie sprawiały. Torebki miały cienką łącznotkankową ściankę, wysłaną jak gdyby płaskim lub kubicznym pokładem komórkowym. Treść ich tworzył płyn. Autor sądzi, że tu chodzi po części o torbiele nabłonkowe, powstałe wskutek bujania i następowego oddzielenia nabłonka otrzewnego, a po części o zmiany torbielkowate naczyń limfatycznych. Za tem drugiem przypuszczeniem przemawia głębokie usadowienie niektórych torbielków pod powierzchnią surowiczą, rozszerzone przestrzenie limfatyczne i obecność mięśni gładkich, ułożonych tu i owdzie okrężnie w ścianie torbielków. Możnaby jeszcze myśleć o torbielkowatym naczyniaku limfatycznym, wreszcie o *lymphangiectasia cystica*, (rozszerzenie istniejących już naczyń limfatycznych). Ponieważ autorowi nie udało się stwierdzić powstawania nowych naczyń chłonnych, przeto przychyla się do zdania, że torbielki powstały z rozszerzenia naczyń poprzednio istniejących (*lymphangiectasia*). Co do przyczyny powstania powyższych tworów, to autor przypuszcza, że o ile chodzi o torbiele nabłonkowe, należy je odnieść do przebytej sprawy zapalnej. — Chora ta umarła po roku, sekcya wykazała powyższe twory torbielkowate rozsiane po całej otrzewnej; żadnych zmian ani w narządzie rodnym, ani w wyrostku robaczkowym nie było. *E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Łączenie przetworów nadnercza ze środkami znieczulającymi miejscowo jest podług Stolla uzasadnione jedynie przy kokainie, tropakokainie, nowokainie i alypinie, tu bowiem przez to przedłuża i wzmacnia się działanie znieczulające i wywołuje się większą niedokrwistość. Natomiast przy eukainie β i stowainie przetwory nadnercza wprost szkodzą działaniu tych środków. (*Med. Klinik* Nr 4). *A.*

Nowy sposób znieczulania miejscowego podaje Goyanes (*Acad. med.* 16. XI., 1908). Sposób ten polega na wstrzyknięciu środka znieczulającego do tętnicy na kończynie, przedtem sztucznie krwi pozbawionej. Po założeniu opaski Esmarcha odsłania się w znieczuleniu Schleicha główną tętnicę kończyny i wstrzykuje w jej światło cienką igłą 50—100 grm $^1/_2$% nowokainy. Krwotoku przytem albo niema, albo łatwo go zatamować, a znieczulenie jest zupełne, co G. w dwóch przypadkach na ludziach wypróbował. Nieco inaczej postępuje Bier (Zjazd niem. Tow. chir., 1908). Po założeniu opaski Esmarcha zakłada w pewnem miejscu powyżej i poniżej dwie inne opaski, wyszukuje pomiędzy niemi żyłę i wstrzykuje do niej 100 cm^3 roztworu nowokainy, przez co uzyskuje zupełne znieczulenie obwodowe. Po operacyi najpierw zdejmuje opaskę obwodową, potem zwalnia dośrodkową, by nowokaina została zwolna przez krew usuniętą. Przy użyciu rozczynu 5% znieczulenie występuje zaraz; przy słabszych w 2—15 minut. Przy tem znieczuleniu można doskonale wykonywać wielkie zabiegi, jak odjęcie kończyn, wycięcie stawów i t. p. *Kl.*

Chirurgiczne nie rdzewiejące igły z czystego niklu podał Moerlon. Wadą ich jedynie jest to, że nie są tak mocne, jak stalowe. (*Münch. med. Wochs.* Nr 4). *Kl.*

Odkażanie rąk podług Herffa acetonem i alkoholem aa, jako sposób bardzo dogodny i szybki, zwłaszcza dla położnika i w chirurgii polowej, poleca Oeri. (*Zft. f. Geb. und Gyn* T. 63, Z. III.). *A.*

Vitralina, nowy odkażający pokost na ściany, oddaje podług Nylandera bardzo dobre usługi i nawet po roku zachowuje własności odkażające; nadto jest gładka i nadaje się do zmywania. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 3). *A.*

Wyniki połączenia żołądka z jelitem. Lech badał 128 chorych, u których różni chirurdzy wykonali połączenie żołądka z jelitem. W 79 przypadkach operowano z powodu cierpień łagodnych, w 46 z powodu raka. Że rozpoznanie nawet przy operacyi nie bywa zawsze pewnem, dowodzi to, że z 46 chorych na »raka«, 10 żyje i cieszy się zupełnem zdrowiem, natomiast co do 3 operowanych z powodu rzekomo łagodnego cierpienia rzecz ma się odwrotnie. Operacye przy sprawach niezłośliwych dały w 47% wyleczenie, w 21% poprawę; 23% zmarło. Z operowanych z powodu raka 32% żyło z poprawą dłużej, niż dwa miesiące, 46% zmarło wcześniej. Najdłużej trwało życie po operacyi 30 miesięcy. Lech jest zdania, że połączenie żołądka z jelitem jest uzasadnione jedynie przy sprawach niezłośliwych, lub tam, gdzie co do natury guza nie mamy pewności. (*Lancet*, 1908, 19. IX.). *A.*

Przy sączkowaniu przewodu żółciowego wspólnego posługuje się Kehr drenikiem w kształcie litery T, przez co każdej chwili przez zaciśnięcie końca zewnętrznego kierować może żółć do dwunastnicy. 12—14. dnia wyciąga K. drenik zupełnie. (*Zblt. f. Chir.* Nr 1). *A.*

Pozapęcherzowe usuwanie sterczu z cięcia wysokiego podaje Stockum (Rotterdam). (*Zblt. f. Chir.* Nr 1). *A.*

Leczenie przerostu sterczu wstrzykiwaniami (w stercz) obcej krwi podług Jünglinga dało na 15 prób w 11 poprawę stanu, zwłaszcza co do parcia na mocz i wzmocnienia strumienia moczu. (*Deut. Zft. f. Chir.* T. 95, Z. VI.). *K.*

Wszycie sieci w przeciętą nerkę, a następnie odcięcie po pewnym czasie nerki od naczyń wywołuje podług Flörckena zgorzel nerki, co dowodzi, że krążenie z sieci nie zdoła odżywiać nerki. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 96, Z. VI.). *K.*

Zwężenia cewki moczowej nie ulegają podług Cohna żadnej poprawie po leczeniu fibrolizyną. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 4). *A.*

Przeszczepiać naczynia krwionośne można podług Carella ze skutkiem nawet w razie, gdy kilka dni, a nawet tygodni znajdowały się poza ustrojem. Carell twierdzi zresztą, że po wycięciu obu nerek i wszczepieniu potem jednej udaje się zwierzę utrzymać przy życiu, a nawet że można psu odciętą kończynę zastąpić inną z drugiego zwierzęcia (!). (*J. Amer. Med. Ass.* Chicago, Nr 20). *A.*

Guz przysadki mózgowej przy akromegalii usunął Hochenegg drogą nosową z zupełnie dobrym skutkiem. Po operacyi ustąpiły zupełnie bole głowy, ręce i nogi zmniejszyły się, podobnie zmniejszył się język, a powiększył się płat środkowy tarczycy. Chora straciła przytem znamiona męskie, które przez chorobę się rozwinęły (włosy na wardze górnej i brzuchu i t. p.). *Kl.*

Twardziel nosa poleca leczyć rentgenizacyą na zasadzie swych dalszych prób Rydygier jun. (*Berl. kl. W.* Nr 4). *A.*

Raka wodnego leczy Tábrega 2% rozczynem błękitu metylowego i wstrzykiwaniami surowicy przeciwbłoniczej. (*La Medic.* Nr 10). *A.*

W ciężkich przypadkach wąglika poleca Löwen surowicę Sobernheima (30—40 cm, ewent. 2 razy śródżylnie, a potem mniejsze dawki). (*Deut. Zft. f. Chir.* T. 95, Z. VI.). *K.*

Nadmierne pocenie się, zwłaszcza rąk, leczy Prof. Kromayer zupełnie pewnie wielkiemi dawkami rentgenowskiemi. Za dawkę normalną uważa: 1) oddalenie od antykatody 15 cm, 2) naświetlanie 10 minut, 3) 2000 przerywań na minutę (przerywacz rtęciowy), 4) obciążanie 6 milliamperecentymetrów. (*Münch. med. Wochs.* Nr 4). *A.*

Czerwień szkarłatową w postaci 5% maści z waseliną polecają, opierając się na badaniach Fischera, Wolfram i Cords do pobudzania pokrywania się nabłonkiem ubytków rogówki po zranieniach, wrzodach, zapaleniach, a nawet celem przyspieszenia gojenia się przetok. Czasem w miejscu stosowania maści występuje na rogówce przejściowe zmętnienie, wogóle jednak W. i C. z wyników są bardzo zadowoleni. Maść ta wcale oka nie drażni. (*Münch. med. Wochs.* Nr 5). *A.*

Proste trzymadło soczewki przy badaniu oka podał okulista Kehr z Ingolstadt. Nakłada się je przy badaniu na lewą rękę badającego, przez co wszystkie palce są wolne. (*Münch. med. Wochs.* Nr 4). *A.*

Eulatin (kombinacya bromu, antypiryny i kwasu będźwinowego) oddaje przy krztuścu podług Fränkla nieraz dobre usługi. Dawka 2—5 razy dnia po 0·25 w mleku lub kleiku owsianym. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 4). *A.*

Eufilinę (połączenie teofiliny z etylendiaminem) jako znakomity podobno środek moczopędny poleca Dessauer na podstawie prób w szpitalu »Am Urban« w Berlinie. Eufilina nadaje się do wstrzykiwań podskórnych, lub co lepiej śródmięśniowych, a także wewnętrzne i w lewatywie.

Dawkowanie: *Rp. Sol. Euphyllin. per 1 : 160,0. Syr. simplc. Trae cort. aurant. aa 20,0.* S. co 2 godz. łyżkę stołową.

Rp. Euphyllin. 2,0. Aq. dest. 10,0. Na 3—4 wstrzyknięć. *A.*

Odporność krwi chorych na cukrzycę przeciw zakażeniom jest podług Da Costa i Beardsleya o $^1/_3$ mniejszą od odporności prawidłowej, o czem przekonywa wskaźnik opsoniczny. (*Am. J. Med.* Philad. Nr 3). *A*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 10 lutego 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 45.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes wita jako gościa kol. Kohna z Częstochowy.

3) Przewodniczący odczytuje listy Prof. Glużińskiego i Marsa ze Lwowa z podziękowaniem za wybranie ich członkami honorowymi.

4) Prof. Kostanecki przedstawia **tętnicę płucną o czterech zastawkach.**

5) Prof. Kader przedstawił: *a)* chorą **ze zgorzelą stopy** na tle miażdżycy tętnic, u której przedstawił **objaw Moszkowicza**, polegający na zaciśnięciu elastycznem uda w przeciągu paru minut i spostrzeganiu, jak daleko w dół, po rozluźnieniu ucisku występuje zaczerwienienie skóry. Granica rozszerzenia naczyń skórnych odpowiadać ma poniekąd granicy dostatecznego unaczynienia, a więc może dawać wskazówkę, jak wysoko należy dokonać amputacyi. Należy jednak tej granicy zbytnio nie dowierzać, ale wykonywać cięcie skórne przy amputacyi conajmniej o 10 cm ponad tą granicą. (Na tejże chorej została w końcu posiedzenia dokonana amputacya uda, przy zastosowaniu znieczulenia wewnątrzżylnego sposobem Biera).

b) Chorą, której w okolicę ciemieniową lewą wbiły się jednym zębem widły żelazne, rzucone z wysokości około 2 metrów. Objawy porażenia połowiczego prawego, prawego nerwu twarzowego, niemota, objawy ucisku na mózg, bardzo wyraźne w chwili przyjęcia do kliniki, w 7 godzin po wypadku. Niezwłoczna **trepanacya osteoplastyczna** wykazała mały otwór w kości ciemieniowej lewej, oponie twardej — i kanał w mózgu. **Krwawienie z drobnych gałęzi tętnicy oponowej średniej** i naczyń opony miękkiej. Podwiązanie naczyń, usunięcie skrzepów z pod opony i z kanału w mózgu. Sączek gumowy do mózgu. Szew rany. Stan chorej powoli zaczyna się poprawiać, wracają ruchy kończyny dolnej i górnej (górnej w stopniu mniejszym), powraca niewyraźna jeszcze mowa (echolalia); ciepłota i tętno w granicach prawidłowych. Rokowanie co do życia chyli się ku pomyślnemu, wątpliwem jest co do czynności.

c) Przypadek **rozległego wycięcia żołądka z powodu raka.** Na krezce okrężnicy poprzecznej i w innych miejscach otrzewnej jakby rozsianie sprawy nowotworowej; w paru wyciętych guzkach drobnowidowo nie znaleziono jednak utkania nowotworowego. U chorego zastosowano metodę Billroth II. w odmianie Krönlein-Mikulicza z dodatkiem enteroanastomozy między doprowadzającą i odprowadzającą pętlą jelita cienkiego. Niezwłoczne po zabiegu odżywianie chorego zapewniono przez dren gumowy (6 mm), wprowadzony przez nos, przełyk, żołądek do jelita odprowadzającego. Stan chorego (10 dni po zabiegu) zadowalniający.

d) Chorego, l. 25, po **nefrektomii** z powodu krwawienia z nerki lewej. Po nieznacznym wysiłku mięśniowym (zamykanie trudno domykalnych drzwi) chory poczuł ból w okolicy lędźwiowej lewej i spostrzegł krwiomocz. W klinice stwierdzono duży bolesny lewostronny guz zaotrzewny i krwawienie z lewego, nieco zmienionego, moczowodu. Przy operacyi stwierdzono **pęknięcie nerki, zmienionej w wodonercze,** — i duży krwiak zaotrzewny. Usunięcie zmienionej nerki i krwiaka. Chory, 9 dni po zabiegu, na drodze ku wyzdrowieniu.

e) Dwa przypadki **bioder szpotawych**; Prof. Kader podnosi patogenetyczne znaczenie dla spraw tego rodzaju fizyologicznie już istniejącego skręcenia szyjki kości udowej ku przodowi; przedstawia rentgenogramy, kości prawidłowe z zaznaczeniem wspomnianego skręcenia i kości udowe zwierząt dla porównania. Leczenie: przecięcie kości udowej, zależnie od warunków — poniżej krętarza, lub w szyjce z odpowiedniem ustawieniem pooperacyjnem.

6) Dr Radliński przedstawił: *a)* Chorego, u którego **z powodu** silnej **rozedmy płuc** dokonano na jednem posiedzeniu **resekcyi** $1^1/_2$—2 centymetrowych kawałków **kostnych części żeber** II. do VI. z obu stron. Zaraz po operacyi znaczna ulga w oddychaniu, później pogorszenie z powodu wzmożenia się nieżytu oskrzeli i utrudnionego odpływu wydzieliny płucnej wskutek silniejszego, niż poprzednio, skurczenia się tkanki płucnej. To pogorszenie nieżytu oskrzeli po takiej samej operacyi spostrzega R. po raz drugi. Obecnie stan chorego już się poprawia.

Na przyszłość zamierza Prof. Kader w takich przypadkach resekować żebra II. do X. ale naraz jednostronnie. (Streszczenie własne).

b) Chorego **z uchyłkiem pęcherza moczowego**, prawdopodobnie wrodzonym. Uchyłek, rozpoznany cystoskopowo, wywoływał objawy zatrzymania moczu z rozszerzeniem pęcherza do 1200 cm³. Wejście do uchyłka na tylnej ścianie pęcherza w pobliżu wału międzymoczowodowego. Z wylotów moczowodów udało się odnaleźć niewątpliwie tylko prawy. Przy operacyi znaleziono pęcherz, podzielony na dwie prawie równej wielkości jamy, przednią i tylną. Śluzówka zbliżona do prawidłowej śluzówki pęcherza wyścielała przednią jamę, była jednak i w tylnej, tylko mocniej z podłożem spojona i bardziej czerwona i aksamitna. Czy moczowód lewy wpadał do przedniej, czy do tylnej jamy, nie powiodło się stwierdzić przy operacyi. Operacya polegała na nacięciu ku górze i w dół przegrody między jamami i obszyciu brzegów cięcia. Szczególnie w dół nacięto głęboko dla usunięcia »bas fond«, utrudniającego oddawanie moczu. W ten sposób usiłowano obie jamy połączyć w jedną. Wynik na razie niezupełny, ale w każdym razie poprawa, chory dawniej (od paru lat) wyłącznie cewnikowany, oddaje obecnie sam po 600—700 cm³ moczu (przykucnąwszy i uciskając udami brzuch). Wyłączając w danym przypadku uchyłek urazowy lub z pociągania, R. wyraża przypuszczenie, czy nie zachodzi tu zdarzająca się czasem nieprawidłowość: — *vesica septa,* — z odwróceniem się obu połów razem o 90° w ten sposób, że lewa połowa stanęła ku tyłowi od prawej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zapytuje Prof. Kostanecki kol. Radlińskiego, czy są znane przypadki przegrody w pęcherzu w płaszczyźnie strzałkowej, a to ze względu na to, że niema przyczyn rozwojowych do tego rodzaju nieprawidłowości. — Kol. Radliński zaznacza, że przegrody takie istnieją.

7) Prof. Kader wykonał amputacyę uda w znieczuleniu wewnątrzżylnem sposobem Biera (0·5% tropakokainą).

Sekretarz: *Dr Morawski*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe z d. 12 lutego 1909.

I. Kol. Prof. Ziembicki przedstawia: *a)* preparat **nerki, wyciętej z powodu kamicy i ropienia** trwającego od 10 lat. Miąższ nerki prawie zupełnie zniszczony, w jednem miejscu naciek, wyglądający na **nowotwór**, co też badanie histologiczne potwierdziło (mięsak wrzecionowato-komórkowy). Kamień znaleziony waży 80 gr. Chory, który przez pierwsze dwa tygodnie miał się wcale dobrze, począł później oddawać mocz ropny, gorączkował i wśród charłactwa umarł. Na sekcyi znaleziono ropienie w niewyciętym moczowodzie; a w nerce drugiej przerzuty nowotworowe. Powstanie nowotworu łączy prelegent w przyczynowy związek z kamieniem. *b)* Prof. Ziembicki omawia przypadek **wycięcia migdałka rakowo zmienionego** przy zastosowaniu nowego sposobu Rydygiera iun. przecięcia gardła i podnosi niektóre zalety nowego sposobu. Chory zmarł z powodu krwotoku z wrzodu żołądka. — Dyskusya: kol. Prof. Rydygier dodaje kilka uwag co do obu przedstawionych przypadków; kol. Prof. Rencki podnosi pewne trudności przy rozpoznawaniu kamicy nerkowej zapomocą promieni Röntgena.

II. Kol. Gąsiorowski N. wygłasza odczyt: **O wartości dzisiejszej metody bakteryologicznego badania cholery azyatyckiej wobec wibryonów podobnych do cholery.** Istnieje szereg wibryonów, które na pożywkach niczem nie różnią się

od przecinkowca Kocha — jedynie tylko próba aglutynacyjna z wysokowartościową surowicą choleryczną i bakteryoliza Pfeiffera dają wyniki dodatnie. Charakterystyczną dla nich jest mała ilość, spotykana w jelitach i wypróżnieniach chorych, w przeciwieństwie do cholery. Do grupy wibryonów podobnych do cholery powinno się, zdaniem G., zaliczać tylko takie, które wspomnianych dwóch odczynów biologicznych nie dają. Następnie opisuje G. przypadek badany przez siebie w zakładzie higieny, gdzie objawy za życia i następnie badania bakteryologiczne w pierwszej chwili wskazywały na cholerę azyatycką. A więc wyhodowano przecinkowca, który zarówno na pożywkach, jak i wobec świnki morskiej, gołębia, niczem nie różnił się od cholerycznego. Natomiast próba aglutynacyjna z surowicą choleryczną i zabieg Pfeiffera dawały stale wynik ujemny. Przypadek ten różni się od wszystkich dotychczas znanych tem, że po raz pierwszy stwierdzono tu bardzo znaczną ilość przecinkowców podobnych do cholery azyatyckiej, a zarazem wskazuje, że w badaniach cholery rozstrzygają tylko próby aglutynacyjne i zabieg Pfeiffera. Co do pytania, czy przecinkowiec w tym przypadku był przyczyną choroby, to wobec śmierci chorego w dniu trzecim trudno na to odpowiedzieć. Brak jednak czynnika epidemiologicznego w tym przypadku przemawia przeciwko jego chorobotwórczości. — Dyskusya: kol. Prof. Kučera wskazuje na możliwość przedwczesnego rozpoznania cholery w podobnym przypadku dawniej spostrzeganym przez siebie i kol. Reichensteina. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 13 stycznia 1909 r.

Sprawozdanie Sekretarzy z działalności Towarzystwa za rok 1908.

Dnia 31 grudnia 1908 r. Towarzystwo liczyło: a) 3 członków honorowych, b) 16 członków-korespondentów i c) 86 członków czynnych.

Zarząd Towarzystwa stanowili: prezes: K. Jasiński, wiceprezes: A. Krusche, sekretarz: E. Sonnenberg, sekretarz II: J. Michalski, skarbnik: W. Littauer, bibliotekarz: Z. Prechner, bibliotekarz II: T. Mogilnicki.

Komitety stałe: a) biblioteczny: M. Cohn, I. Sachs i S. Sterling, b) komisya rewizyjna: M. Likiernik, A. Pański i J. Wisłocki.

Komitety czasowe: 1) W celu przedstawienia projektu udziału Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w obchodzie jubileuszowym na cześć A. Świętochowskiego wybrano: I. Grabowskiego, B. Handelsmana i S. Skalskiego. 2) Z przyczyny utworzenia Sekcyi pedyatrycznej przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem, a stąd potrzeby poczynienia zmian w regulaminie Towarzystwa wybrano komisyę złożoną z 2 członków Zarządu (K. Jasiński i E. Sonnenberg), oraz 5 członków z łona Towarzystwa (J. Brudziński, W. Pinkus, I. Sachs, M. Kaufman i W. Schoenaich).

W roku sprawozdawczym zmarli koledzy: 1. Markus Goldsobel, 2. Leon Sikorski, 3. Adolf Landau. Kol. Sikorski zmarł w Kielcach. Od Towarzystwa lekarskiego łódzkiego złożono wieniec na trumnie zmarłego, a na posiedzeniu Towarzystwa w d. 18 marca roku ubiegłego kol. Jasiński uczcił pamięć zmarłego kolegi i skreślił krótki życiorys. Kol. Goldsobel zmarł we Wrocławiu i pochowany został w Łodzi; nad grobem jego w imieniu Towarzystwa przemawiał kol. Pinkus, a na posiedzeniu Towarz. lekarskiego d. 4 marca r. z. kol. Krusche podniósł zalety zmarłego, jako lekarza i kolegi. Towarzystwo zamiast wieńca na grób zmarłego przeznaczyło rb. 25 na rzecz gimnazyum polskiego w Łodzi. Nad grobem zmarłego kolegi Adolfa Landaua w imieniu Towarzystwa przemawiał kol. Sonnenberg, a na posiedzeniu Towarzystwa w d. 7. października oddał cześć pamięci zmarłego kol. K. Jasiński. Zamiast wieńca na grób kol. Landaua przeznaczyło Towarzystwo 25 rb. na rzecz szkoły imienia A. Świętochowskiego.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Goldberga, Piekarskiego i Schoenaicha. Z Towarzystwa wystąpił kol. Margulies.

Towarzystwo lekarskie łódzkie w roku ubiegłym mianowało członkami honorowymi: 1) Prof. Macieja Jakubowskiego (Kraków) ze względu na jego zasługi w dziedzinie pedyatryi i społeczno-lekarskie, 2) Prof. Juliana Kosińskiego z okazyi 50-letniej jego działalności lekarskiej, oraz ze względu na niepożyte zasługi, położone przez niego na polu dydaktycznem i społeczno-lekarskiem. Na uroczystości uczczenia zasług prof. Jakubowskiego reprezentował Towarzystwo, jako delegat, kol. Brudziński, a na uroczystości jubileuszowej na cześć Prof. Kosińskiego reprezentował Towarzystwo kol. Krusche.

Towarzystwo w roku ubiegłym wzięło udział w obchodzie jubileuszowym na cześć A. Świętochowskiego przez wysłanie 3 delegatów (kol. Handelsmana, Skalskiego i Gutentaga) z adresem do Świętochowskiego oraz przeznaczyło rb. 25 na rzecz szkoły rolniczej imienia jubilata.

Zarząd Towarzystwa odbył 7 posiedzeń. Na posiedzeniach tych omawiano sprawy, rozpatrywane następnie na posiedzeniach ogólnych Towarzystwa. Na dwóch posiedzeniach Zarządu w czerwcu i listopadzie roku ubiegłego, rozstrząsano sprawę użytkowania funduszu kol. Likiernika. Powód do tego dało nie dosyć ścisłe w swoim czasie (1900 r.) określenie przeznaczenia tego funduszu. Rozpatrywano sprawę tę wspólnie z ofiarodawcą. Zarząd i ofiarodawca powzięli postanowienie, aby suma ofiarowana stanowiła kapitał żelazny, którego odsetki mają być obracane na zapomogi humanitarne i naukowe lekarskie, w wysokości co najmniej rb. 50. Bliższe określenie użytkowania omawianego funduszu zapisano w sprawozdaniu z posiedzenia Zarządu (listop. r. z.). Dziś fundusz ten, który powstał z pierwotnie ofiarowanego kapitału rb. 200 wraz z narosłemi za lat 8 odsetkami, wynosi rb. 295. Kol. Likiernik obiecał powiększyć omówiony fundusz w ten sposób, że kwotę rb. 232, która pozostanie po wypłaceniu na początku r. b. pierwszej zapomogi na cele naukowe w ilości rb. 60, uzupełni do rb. 300.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 17. Pod względem treści odczyty dzielą się jak następuje: I. Z dziedziny rentgenologii: 1 (kol. Judt z Warszawy). II. Z zakresu higieny: 1 (kol. T. Mogilnicki). III. Z zakresu szpitalnictwa 1 (kol. Brudziński). IV. Z dziedziny dyagnostyki. 2 (kol. S. Sterling, Silberstrom). V. Z zakresu pedyatryi: 5 (1. kol. Brudziński, 2. Mogilnicki, 3. Trenknerowa, 4. Wacław Jasiński, 5. Schoenaich). VI. Z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych 1 (kol. J. Saks). VII. Z zakresu chirurgii: 2 (kol. Goldberg), VIII. Z dziedziny chorób żołądka 1 (kol. Handelsman). IX. Z dziedziny chorób nosa, uszu i gardła 2 (kol. Helman i Przedborski). X. Z dziedziny balneologii 1 (kol. Arnstein z Warszawy). XI. Z dziedziny zagadnień ogólnych: 1 (kol. Helman).

Chorych w roku sprawozdawczym przedstawiono 43: I. Z dziedziny chorób wewnętrznych 1 (kol. Przedborski). II. Z dziedziny chirurgii 16 (kol. Maks. Cohn, Goldberg, Grabowski, Krusche, Goldman, Perlis). III. Z dziedziny chorób skórnych: 9 (kol. Grosglik, Golc, Skalski): IV. Z zakresu chorób nerwowych: 3 (kol. Pański, Iustman, Klozenberg). V. Z dziedziny chorób dzieci: 5 (kol. Trenknerowa, Trenkner, W. Jasiński). VI. Z dziedziny chorób nosa, uszu i gardła: 6 (kol. Przedborski, Helman, Rosenblat). VII. Z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych: 2 (kol. Saks). VIII. Z zakresu chorób żołądka: 1 (kol. Maybaum). IX. Z dziedziny rentgenoterapii: 1 (kol. Judt z Warszawy).

Preparatów anatomo-patologicznych przedstawiono 19: (kol. Goldman, M. Cohn, Krusche, Trenknerowa, Perlis, Goldenberg, Goldberg).

Pokazano przyrządów chirurgicznych, ortopedycznych i opatrunkowych: 4 (kol. Maybaum, Przedborski, Szokalski).

Pokazano obce ciała, usunięte z dróg oddechowych i ucha: 2 (kol. Przedborski, Helman).

Zestawienie powyższych danych z odpowiedniemi r. 1907 wskazuje, że liczba odczytów nieco się wprawdzie zmniejszyła (z 23 na 18), jednakże pod względem treści odczyty przedstawiały w roku sprawozdawczym większą rozmaitość, poruszane w nich bowiem były zagadnienia z liczniejszych dziedzin wiedzy lekarskiej. Wyrazem zwiększonego zainteresowania się wykładami — były bardziej ożywione, niż w latach ubiegłych, dyskusye, które następowały po odczytach i pokazach, oraz znacznie większa w roku sprawozdawczym frekwencya członków, bywających na posiedzeniach. Średnio bowiem było na posiedzeniach około 40 członków. Liczba przedstawionych chorych w porównaniu z r. 1907 nie zmieniła się. Z pokazów chorych 48% materyału dostarczył szpital Poznańskich, 12% szpital Anny Maryi, 10% szpital Aleksandra, pozostałe 30% lecznice prywatne, oraz praktyka prywatna.

Wskutek otrzymanych od rozmaitych instytucyi zawiadomień, odezw i t. d. omawiano i rozstrzygano na ogólnych posiedzeniach Towarz. lekarskiego w roku ubiegłym następujące sprawy:

1. Sprawę proponowanego przez Towarz. lekar. lubelskie Zjazdu w Warszawie lekarzy aptekarzy, chemików i innych pro-

ducentów, celem rozpoczęcia akcyi ku ochronie wytwórczości krajowej w zakresie zapotrzebowania lekarskiego, oraz zastąpienia w granicach możliwości uzdrowisk klimatycznych i miejscowości kąpielowych zagranicznych — krajowemi. Projekt znalazł u obecnych przychylne przyjęcie.

2. Omawiano odezwę Zarządu »Uczelni«, który zwrócił się do Towarzystwa z prośbą o przyjście z pomocą gimnazyum polskiemu w Łodzi przez zapisywanie się w poczet członków, zjednywanie członków wśród znajomych i zbieranie składek przygodnych.

3. Rozpatrywano prośbę do Zarządu Towarzystwa, wniesioną przez kolegów: Brudzińskiego, W. Jasińskiego, Schoenaicha, Prechnera i Gutentaga o utworzenie przy Towarz. lekar. łódzkiem sekcyi pedyatrycznej. Sprawę tę rozstrząsano na dwóch posiedzeniach i ostatecznie po ożywionej dyskusyi uchwalono utworzenie sekcyi. Nadmienić należy, że dyskusya obracała się nietylko około pytania, czy utworzyć sekcyę pedyatryczną, lecz poruszała pytanie zasadnicze, a mianowicie, sprawę tworzenia się przy Towarzystwie rozmaitych sekcyi wogóle. W związku z powyższą uchwałą okazała się potrzeba dokonania zmian w regulaminie Towarzystwa. W tym celu wybrano komisyę, której skład podano wyżej. Ułożony przez wymienioną komisyę projekt uzupełnienia regulaminu Towarzystwa rozdziałem: »O sekcyach« przyjęto na ogólnem posiedzeniu Towarzystwa w dniu 7 października r. z.

4. Rozpatrywano komunikat Delegacyi Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie szpitalnego leczenia wczesnych okresów gruźlicy i tworzenia osobnych oddziałów w szpitalach istniejących oraz w sprawie przedstawienia na następnym Zjeździe statystyki gruźlicy wedle uchwały IX Zjazdu. Sprawą tą obiecał się zająć kol. Sterling.

5. Omawiano i przyjęto wniesiony do Zarządu Towarzystwa przez kolegów: Skalskiego, Sterlinga, Brudzińskiego, Michalskiego i Sonnenberga — projekt utworzenia przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem stałego zbioru wytworów przemysłu lekarskiego krajowego.

6. Rozpatrywano propozycyę bandażystki N. w sprawie przedstawienia w Towarzystwie lekarskiem bandaży. Propozycyę odrzucono i uchwalono, jako zasadę, iż demonstrować w Towarzystwie lekarskiem mogą tylko lekarze.

7. Przyjęto propozycyę Zarządu, aby bibliotekarzom Towarzystwa dodać na miesiąc jeden płatnego pomocnika celem uporządkowania katalogu kartkowego.

8. Wskutek odezwy, wniesionej do Zarządu, podpisanej przez kolegów: Grabowskiego, Kolińskiego, Brudzińskiego i Maybauma, poruszającej sprawę organu Towarzystwa lekarskiego, przyjęto wniosek, aby »Czasopismo lekarskie« odtąd połączone z »Przeglądem lekarskim«, uważać za organ Towarzystwa lekarskiego łódzkiego i w niem umieszczać sprawozdania z posiedzeń.

Z przejawów działalności Towarzystwa zaznaczyć wreszcie należy przyczynienie się Towarzystwa, przez wyasygnowanie zapomogi w kwocie rb. 60 z funduszu Likiernika, do podjętego z inicyatywy kol. Brudzińskiego, wydawnictwa podręcznika chorób dzieci Heubnera, w tłómaczeniu polskiem, poświęconego pamięci Dra K. Jonschera.

Sprawozdanie bibliotekarza Towarzystwa, kol. Z. Prechnera za r. 1908. Z końcem roku 1907 posiadała biblioteka: a) książek i dzieł 840 w 1307 tomach; b) broszur 484 w 491 zeszytach; c) wydawnictw peryodycznych w formie książek 45 w 410 rocznikach, a 526 tomach; d) czasopism 51 w 572 rocznikach, a 710 tomach. Razem 2306 w 2334 tomach i zeszytach.

Z końcem roku 1908 posiadała biblioteka: a) książek 1014 w 1513 tomach; b) broszur 497 w 364 zeszytach; c) wydawnictw peryodycznych w formie książek 45 w 425 rocznikach, a 564 tomach; d) czasopism 51 w 613 rocznikach a 830 tomach. Razem 2549 w 3411 tomach i zeszytach.

Ogółem zakupiono dzieł, broszur, roczników w ciągu roku 1907 68, tomów 68, otrzymano w darze 175, tomów 309.

Stan kasy biblioteki: Kasa rozporządzała kwotą 507·75 rb. Z tego wydano w roku 1908: za czasopisma 254·50, za książki 141·45, za oprawę książek i pism 41·95, deficyt z roku poprzedniego 5·96. Pozostałość na rok 1909: 63·89 rb.

Sprawozdanie z działalności Sekcyi pedyatrycznej przy Tow. lek. łódzkiem w IV. kwartale 1908.

I. Dnia 24/IX 1908 posiedzenie inauguracyjne. Kol. W. Jasiński: »Szkic rozwoju pedyatryi polskiej«. Kol. I. Brudziński: »O celach i zadaniach spółczesnej pedyatryi«. II. D. 11/XI 1908. Posiedzenie zwyczajne. 1. Koleżanka Trenknerowa: »O przebiegu i leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci«. 2. Kol. Tomaszewski: »O leczeniu chirurgicznem zapalenia wyrostka robaczk. u dzieci«. III. D. 25/XI 1908. Posiedzenie kliniczne. Kol. Brudziński: Przedstawienie a) 2 przypadków obrzęku śluzowatego; b) preparatu ropnia wątroby. Kol. Jasiński W.: Przedstawienie a) przypadku zapalenia opon ze zwolnieniem; b) przypadku duru brzusznego, rozpoznanego podczas nawrotu choroby; c) zwężenia krtani nieokreślonego pochodzenia. Kol. Rotwand: Przedstawienie przypadku a) choroby Tay-Sachsa; b) rozszerzenia oskrzeli. Kol. Tomaszewski: Przedstawienie przypadków a) przepukliny pachwinowej, operowanej w 7 tygodniu życia; b) zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanego w okresie wczesnym; c) gruźlicy nerki, leczonej drogą operacyjną. Kol. Trenknerowa: przedstawienie przypadku: a) pląsawicy o przebiegu niezwykle ciężkim; b) zapalenia mózgu *(encephalitis)* w następstwie odry u 4-letniego dziecka. IV. D. 9/XII 1908. Posiedzenie miesięczne. Kol. Jasiński: »O leczeniu zachowawczem gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci«. Kol. Goldberg: »O leczeniu chirurgicznem gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci«.

Po przeczytaniu sprawozdania z działalności Towarzystwa za rok 1908 przez sekretarzy, skarbnika i bibliotekarza, kol Kruscha z okazyi 25-letniej pracy zawodowej kolegów: Ks. Jasińskiego, Handelsmana, Henryka Kohna, Przeborskiego i Bekmana w dłuższem przemówieniu podniósł zalety jubilatów, jako lekarzy, zaznaczył działalność ich na niwie społecznej i uwydatnił ich przymioty koleżeńskie, które im zjednały uznanie i sympatyę współtowarzyszów pracy. Dalej kol. Krusche mówił o udziale jubilatów w życiu Towarzystwa: kol. Jasińskiego, jako bibliotekarza przez szereg lat, a obecnie od lat czterech prezesa Towarzystwa, kol. Handelsmana i Przedborskiego, który był sekretarzem Towarzystwa i kol. Henryka Kohna, który był skarbnikiem. Po przemówieniu kol. Kruschego, które było ujęte w serdeczne wyrazy, przystąpiono do wyboru członków Zarządu na r. 1909.

Na przewodniczącego wybrano kol. Brudzińskiego, który na asesorów zaprosił kol.: Maybauma i Tomaszewskiego, a na sekretarza kol. Perlisa. Głosujących było 38. Wynik wyborów był następujący: Prezesem wybrano kol. Ksaw. Jasińskiego (głosów 29); wiceprezesem kol. Kruschego (gł. 27); sekretarzem kol. Sonnenberga (gł. 29); sekretarzem II. kol. Michalskiego (gł. 25); skarbnikiem kol. Littauera (gł. 32); bibliotekarzem kol. Prechnera (gł. 31); bibliotekarzem II kol. Mogilnickiego (gł. 27). Do komisyi rewizyjnej przez aklamacyę weszli ponownie koledzy: Likiernik, Pański i Wisłocki. Do komisyi bibliotecznej również przez aklamacyę weszli ponownie koledzy: Maks Cohn i Sterling.

Sekretarze: *E. Sonnenberg*, *J. Michalski.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie d. 20 czerwca 1908 r.

Przewodniczący kol. H. Fiedler. Obecnych 10 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Rogoziński przedstawił 18-letnią włościankę, Józefę B., u której w maju r. b. wykonał **plastyczną operacyę** pokrycia braku **skóry** na przedramieniu zapomocą płata skóry przeniesionego z tułowia. Chora, mając 2 lata, uległa oparzeniu prawego przedramienia w dolnej trzeciej części po stronie zginaczy, w następstwie czego pozostała blizna, wywołująca przykurczenie dłoni w stawie promieniowo-napięstkowym pod kątem nieledwie prostym do przedramienia. Podczas operacyi, wykonanej w d. 1 maja, gdy wycięto bliznę i ustawiono dłoń prawidłowo, w dolnej części przedramienia powstał znaczny brak skóry, której brzegi rozeszły się ku górze i ku dołowi. Wtedy wykrojono w okolicy prawego podżebrza płat skóry o szerokiej szypule, odpowiedni rozmiarami do wspomnianego braku (prostokąt o zaokrąglonych rogach 10×6 cm) i wszyto wierzchołek odwróconego płatu w brzeg dłoniowy rany na przedramieniu. 18 maja dokonano powtórnej operacyi odcięcia szypuły płata od tułowia, poczem po usunięciu ziarniny zarówno z płata, jak i z rany na przedramieniu, przyszyto płat pozostałą częścią obwodu do brzegów rany. Ranę powstałą na tułowiu po wykrojeniu płata przy pierwszej operacyi zeszyto częściowo, pozostała nieznaczna jej część u podstawy płata goiła się »per secundam intentionem«. Płat wrósł doraźnie (»per primam«). Wynik kosmetyczny i czynnościowy zabiegu operacyjnego zupełnie zadowalniający. (Streszczenie własne).

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2) Kol. Raszkes odczytał rzecz p. t. **Najnowsze zdobycze w położnictwie.**

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Sprawozdanie za rok 1908.

Rok 1908 upłynął w ciężkich ekonomicznie warunkach. Skutkiem tych warunków niekorzystnych nie doszło do urzeczywistnienia podjętych w poprzednim roku planów Towarzystwa, do których należało na pierwszem miejscu założenie szpitala polskiego, prowadzonego przez lekarzy polskich, należących do Towarzystwa.

Członków rzeczywistych w ubiegłym roku miało Towarzystwo 28, z liczby tej 3 nowo wstąpiło do Towarzystwa, 1 zaś usunął się z powodu choroby. Wstąpili nowo dwaj przybyli ze starego kraju — Dr Dobija i Dr Czaki, oraz jeden tylko z dyplomowanych tu w ostatnim roku, mianowicie Dr R. Ostrowski, chociaż ukończyło studya medyczne kilku Polaków. Usunął się z powodu choroby Dr Sieminowicz. Towarzystwo, pamiętając o jego zabiegach, które położył w pracy nad zespoleniem Towarzystwa, obrało go swym członkiem honorowym. Obrano też członkiem czynnym i korespondentem Dra Fronczaka z Buffalo, N. Y. Do Towarzystwa oprócz wymienionych już należeli następujący członkowie: Dr Stupnicki, prezes, Dowiatt-Sass wiceprezes; Szymański, sekretarz; Szwajkart skarbnik; Boguszewski, Bozyncz, Gierałtowski, Kaczmarek, Kalaciński, Krygier, Kuflewski, Menclewski, Napieralski, Ostrowski, Pietrzykowski, Pietrowicz, Statkiewicz, Stobiecki, Train, Xelowski, Zalewski, Żurawski, oraz poprzednio mianowany honorowym członkiem Dr Piszczak.

Posiedzeń odbyło się 11, oprócz tego dwa posiedzenia nie doszły do skutku, z powodu niedostatecznej liczby członków. W posiedzeniach wzięło wogóle udział 107 członków, co czyni mniej, niż po 10 na każde.

Część naukową stanowiły następujące wykłady i demonstracye: Dr K. Żurawski: O nietypowym przebiegu skręcenia kiszek. Dr J. Szymański: O ocznym odczynie Calmettea (z demonstracyą). Dr K. Żurawski: O surowiczem rozpoznawaniu przymiotu. Dr J. Szymański: Przedstawienie prób surowiczego rozpoznawania przymiotu z doświadczeń własnej praktyki. Dr J. Czaki: O konserwatywnem leczeniu w ginekologii. Dr J. Szymański: Demonstracya wilczej paszczy. Jedno posiedzenie zajął wykład Prof. Lutosławskiego.

Działalność na zewnątrz wyraziła się w następujących sprawach: Dla poparcia budowy »Domu polskiego« wyasygnowano dol. 10. Uchwalono poprzeć »Dziennik Związkowy« przez ogłoszenie kolumny lekarzy Tow. Uchwalono bojkot w prywatnej praktyce dla aptecznych towarów wyrobu pruskiego. Zwrócono się do Sejmu Związku Polek w sprawie wyboru lekarzy egzaminujących do grup tego Związku w Chicago z grona Towarzystwa lekarzy polskich. Wysłano delegatów na Sejm kupców polskich w Chicago. Wysłano na Zjazd przeciwgruźliczy w Waszyngtonie Dra K. Żurawskiego jako reprezentanta lekarzy polskich na koszt Towarzystwa. Poparto rodaka aptekarza G. niezdolnego do pracy i wyasygnowano dlań z kasy Towarzystwa dol. 15. Polskiemu Uniwersytetowi ludowemu wyasygnowano dol. 10, oraz w zasadzie uchwalono popierać oświatową pracę tegoż.

Organem Towarzystwa pozostaje »Przegląd lekarski«, opłacany obowiązkowo dla członków z kasy Towarzystwa.

M. Stupnicki, prezes. Dr Jul. *Szymański*, sekretarz.

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

§ 35 postanawia, że skarb państwa pokrywa następujące koszta: *a*) osobnych doniesień (według § 4. II.), *b*) tępienia zwierząt (§ 15), *c*) nadzoru osób podejrzanych (§ 18), *d*) pomieszczenia dla nich (§ 23), *e*) zarządzeń ograniczających stykanie się z mieszkańcami miejscowości zakażonych (§ 25), *f*) poborów lekarzy epidemicznych (§ 28), *g*) odszkodowań za przedmioty uszkodzone lub zniszczone przy odkażaniu (§ 20 do 33), *h*), pensyi i zaopatrzeń dla lekarzy i ich rodzin, *i*) czynności urzędowych władz państwowych przy wykonywaniu niniejszej ustawy. — Wreszcie pokrywa skarb (§ 37) koszta nagród za szczególnie gorliwe współdziałanie w zwalczaniu chorób p. o. d. (do wysokości 200 K.), jakoteż wynagrodzeń i zwrotów za wyjątkowe wysiłki pracy. — § 36 pozostawia ustawodawstwu krajowemu przepisy o ściąganiu należytości i zwrotu tych kosztów, które poniosą gminy z powodu wykonywania ustawy (pokrywanie kosztów przez strony).

Z rozdziału IV. (postanowienia karne), wspomnieć należy, że § 38 nakłada za przekroczenie przepisów o donoszeniu i meldowaniu grzywnę do 600 K. lub areszt do 2 miesięcy (wyrokują władze polityczne), § 39 za inne przekroczenia lub zaniedbania w zakresie niniejszej ustawy, nie podpadające pod kodeks karny, grzywnę do 1000 K. lub areszt do 3 miesięcy (wyrokują władze polityczne), a § 40 dozwala na konfiskatę przedmiotów, przez których przechowanie lub używanie ustawę przekroczono. Kary pieniężne wpływają, według § 41, do skarbu państwa.

Rozdział V. wreszcie zawiera postanowienia ogólne. I tak § 42 określa zakres działania władz; na zasadzie ogólnej ustawy sanitarnej z 30. IV. 1870, D. pp. 68 przypadają gminom w poruczonym zakresie działania: dochodzenia (§ 5. I), zarządzenia, objęte § 8 do 15 i miejscowe współdziałanie przy wszystkich innych zarządzeniach, podjętych na zasadzie niniejszej ustawy. W tym zakresie mogą jednak wobec moru, cholery, ospy i duru osutkowego, oraz w innych przypadkach przy groźnem niebezpieczeństwie mieć niezwłoczną egzekutywę odpowiedni lekarze, służący w publicznej służbie zdrowia. — Władzom politycznym odpowiednim przypada w udziale przeprowadzenie i zapewnienie wszystkich badań i środków dla zapobieżenia i zwalczenia chorób p. o. d., respective nadzór i poparcie zarządzeń gmin i odpowiednich organów sanitarnych.

§ 43 nadaje: I. lekarzom urzędowym lub delegowanym, po zawiadomieniu głowy domu lub osoby pielęgnującej chorego, prawo dostępu do chorego i prawo badań, koniecznych dla stwierdzenia choroby, przyczem należy ile możności postępować w porozumieniu z lekarzem ordynującym; II. organom, powołanym do przeprowadzenia odkażenia i innych potrzebnych zarządzeń, prawo wstępu do domów, mieszkań i t. p.; III. władzom politycznym prawo rewizyi domowej w razie podejrzenia, iż chorobę lub przedmiot zakażony utajono.

§ 44 dotyczy wojskowości, § 45 określa prawo rekursu (rekurs nie odwleka wykonania, prócz wykonania kar), § 46 zwalnia od opłat pocztowych za doniesienia i meldunki (nie polecone i bez recepisu zwrotnego), ale nakłada na władze sanitarne obowiązek ryczałtowej opłaty za to na rzecz poczt, § 47 znosi dawniejsze przepisy (§ 393 do 397 kod. karn. z 27. V. 1852 i patent z 21. V. 1805), a § 48 stwarza nowy § 393 ustawy karnej: »Ktoby dopuścił się czynu lub zaniedbania, o których może wiedzieć (§ 335), że mogą wywołać rozszerzenie się choroby p. o. d. i stąd niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego, ten karany będzie za przekroczenie grzywną od 10 do 1000 K., lub aresztem od 3 dni do 3 miesięcy, a gdyby wynikło ciężkie uszkodzenie cielesne lub śmierć człowieka, karany będzie według § 335. Jeżeli czyn popełniono wśród szczególnie niebezpiecznych stosunków, to będą zastosowane kary według § 337 i 432«. — Wreszcie § 49 nadaje ustawie ważność z dniem ogłoszenia, a § 50 poleca wykonanie ustawy (przepisy wykonawcze) ministerstwu spraw wewnętrznych.

Porównując ten projekt ustawy z podobnemi ustawami, obowiązującemi w innych państwach, jakoteż z zasadami ustawy, opracowanemi przez departament sanitarny ministerstwa spraw wewn. i Najwyższą Radę zdrowia, nietrudno zauważyć, że na całym projekcie znać niekorzystny wpływ nienajlepszych stosunków finansowych państwa, spotęgowany jeszcze wpływem biurokratycznego fiskalizmu. Już w zakresie tego, co projekt zawiera, a co zmierza do ochrony całego państwa przed wtargnięciem epidemii z krajów ościennych, widnieje dążność do przerzucenia ciężarów na fundusze krajów, powiatów, gmin lub wprost na ludność; oprócz tego, — jak to sam rząd w motywach ustawy przyznaje, — zupełnie brak w projekcie ustawy dokładnych i stanowczych przepisów o urządzeniach asanacyjnych i o tworzeniu urządzeń zapobiegawczych, a brak ten stara się rząd usprawiedliwić również względami finansowymi. Już ten jeden znamienny rys projektu ustawy wskazuje na to, że gdyby projekt w obecnej swej postaci został przez parlament uchwalony, musiałyby

przedewszystkiem na kraj nasz, jako najbardziej na wkraczanie chorób zakaźnych z sąsiedztwa narażony, spaść znaczne ciężary, tem dotkliwsze, że stanowiąc przedmurze państwa od epidemii, opłaca to Galicya już i tak wielkiemi ofiarami w ludziach i stratami ekonomicznemi.

Spodziewany »ramowy« charakter ustawy objawia się w projekcie jej nietyle staraniem się o tak ogólne określenia, by przepisy ustawy nie krzyżowały się z odrębnymi warunkami niektórych krajów austryackich, ile zastępowaniem w wielu szczegółowych przepisach słowa »powinno« przez słowo »może«, t. j. nadaniem wielu ważnym przepisom charakteru tylko fakultatywnego. Czy takie fakultatywne postanowienie, które »może« być zastosowane, w danym przypadku zastosowane być »ma«, rozstrzygać będzie wedle projektu ustawy rozporządzenie centralnych władz administracyjnych, które z natury rzeczy nie mogą znać stosunków krajowych tak dobrze, jak czynniki miejscowe, ani nie będą się z nimi liczyć tak uważnie, jak czynniki autonomiczne. I to jest druga ujemna strona projektu ustawy ze względu na stosunki naszego kraju, pod wielu względami tak odmienne od stosunków w innych krajach Austryi.

Zwołanej przez siebie ankiecie przedłożył Wydział krajowy pytania:

1) Czy i o ile żądać należy takich zmian w projekcie rządowym, któreby zastrzegały kompetencyę Sejmu, resp. Wydziału krajowego, zamiast c. k. Rządu w zakresie przepisów uzupełniających.

2) Które choroby prócz wymienionych w projekcie należałoby wprowadzić do ustawy.

3) Jaką drogą i w jaki sposób mają być władze zawiadamiane o chorobach zakaźnych.

4) Sprawa odpowiedniego zorganizowania służby sanitarnej tak ze strony władzy rządowej, jak i autonomicznej.

5) Sprawa rozdziału kosztów pomiędzy gminy, kraj i c. k. Rząd. (Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Najważniejsze daty ze statystyki urzędowej o kasach chorych w Austryi za rok 1906. W roku sprawozdawczym 1906 było (poza kasami uczniów i brackiemi, osobno zestawionemi) czynnych kas chorych 2944 (2967[1]). Z tej liczby nadesłało wykazy do statystyki 2917 (2934) kas. Ubezpieczonych było w tych 2917 kasach osób ogółem 2,946.668 (2,844.246), a z tych 179,769 (170,578) nie podlegało ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia. Pośród członków kas było 667,273 (640.923) kobiet. A więc ogółem liczba kas chorych zmniejszyła się wprawdzie nieco w roku sprawozdawczym, ale liczba ubezpieczeń wzrosła, i to o 3·6% (2·8%) w porównaniu z rokiem poprzednim. Z owej sumy ubezpieczonych 2,946.668 (2,844.246) zachorowało osób 1,143.062 (1,165.414), przypadków choroby zgłoszono 1,438.340 (1,476.961), choroby trwały 24,931.067 (25,543.089) dni. Statystyka uwzględnia tylko takie dni choroby, w których chorzy brali zasiłki pieniężne lub dni spędzone w szpitalu. Nadto wypłaciły kasy 54.020 (50.696) położnicom za dni 1,502.120 (1,434.982). Ogólna zatem liczba przypadków, w których kasy udzielały zasiłków pieniężnych, wynosiła 1,492.360 (1,527.657), na co przypadło dni choroby 26,433.187 (26.978,071). Zmarło członków 24.958 (27.080).

Na 100 członków chorowało średnio 38·8 (41·0) w 48·8 (51·9) przypadkach chorobowych, średnio przez 17·3 (17·3) dni. Na 100 kobiet przypada 8·10 (7·91) porodów. Na każdego mężczyznę przypada w roku 8·45 (9·05) dni choroby, na kobietę każdą 8·19 (8·74) dni, a wliczywszy porody 10·44 (10·98) dni. Liczba dni choroby średnia dla mężczyzn i kobiet wynosiła 8·97 (9·49) (odsetek chorobowości). Na 100 członków zmarło 0·84 (0·95). Jest to najniższy dotąd w kasach chorych spostrzegany odsetek śmiertelności.

Co do strony finansowej, to należy podnieść, co następuje: Ogólne dochody kas chorych wynosiły 63,885.456 K. (60,327.793), wydatki zaś wynosiły ogółem 59,525.629 koron (58,307.894), a więc nadwyżka w dochodach wynosiła **4,329.887 K.** (2,019.899), i została przelana do funduszu rezerwowego kas w roku 1906. Nadwyżkę tę wywołało bezwątpienia opadnięcie chorobowości 8·97 (9·49). Korzystne finansowe położenie kas chorych udowadniają i następujące daty: Nadwyżkę dochodów nad wydatkami wykazało 2025 (1810) kas, a z tych 648 (543) zasiliło swój fundusz rezerwowy conajmniej $^{1}/_{5}$ dochodów (§ 27 ust. o kasach chorych). Reszta kas 892 (1124) nie przelała nic do funduszu rezerwowego, lub miała niedobór. Na ogólną sumę 59,525.629 K. (58,307. 894) K. wydatków składają się następujące pozycye. Świadczenia dla ubezpieczonych kosztowały 61,366.347 K. (51,074.010 K.), czyli 86% (90·6%) całej sumy dochodów, a mianowicie: Zasiłki w gotówce wynosiły 29,785.806 koron (30,037.822), koszta lekarskie 9,390.606 (9,127.241)[2], leki 6,947.669 (6,749,462), szpitale 3,917.823 (3,770.300), pogrzeby 1,324.443 (1,379,185). Koszta zarządu wynosiły 5,171.599 K. (4,811.574) t. j. 8·7 (8·5)% wszystkich dochodów

Ogólny majątek wszystkich kas chorych, (a więc suma funduszów rezerwowych wszystkich czynnych kas chorych z potrąceniem niedoborów wszystkich kas biednych) dosięgnął z końcem roku sprawozdawczego 1906 sumy **51,939.935 koron** (47,777.020 K.). Kasy chorych uczniów rozporządzają nadto funduszem rezerwowym 845.195 (789.919 K.). *Stahr.*

Kas chorych w Niemczech było w r. 1902 — 23.214, a w roku 1907 — 23.232; liczba ich członków wzrosła w ciągu tego sześciolecia z 9,858.066 na 12,138.966, wydatki na pomoc lekarską na członka z 3,80 na 5,22 Mk., a na lekarstwa z 2,69 na 3,31 Mk. *R.*

Podanie prezydyum Związku państw. organizacyi lek. austr. do prezydenta ministrów, ministra skarbu i ministra spraw wewnętrznych: »Prezydyum Związku państw. organizacyi lekarskich prosiło w czerwcu 1908 o zwołanie ankiety z udziałem lekarzy jako pełnoprawnych członków. Ministrowie odmówili tej prośbie z tem uzasadnieniem, że ankieta taka niedopuszczalna jest w ówczesnym okresie sprawy. Lekarze zadowolnili się wtedy tem oświadczeniem. Przedłożenie rządowe zostało później w Izbie posłów oddane bez pierwszego czytania komisyi, składającej się z 52 członków. W tym okresie sprawy wystąpiła stała Rada pracy przy ministerstwie handlu z niezwykłem żądaniem, aby jej, ciału nieparlamentarnemu, do którego nie należy ani jeden przedstawiciel lekarzy, oddano jeszcze raz projekt rządowy do oceny. Zaznaczamy, że Rada pracy wystąpiła w swych dawniejszych uchwałach jaknajsilniej przeciw skromnym i przez rząd za słuszne uznanym żądaniom lekarzy, które projekt rządowy w części uwzględnił. A teraz dowiadujemy się z pism codziennych, że Rada pracy zwołana została na naradę nad przedłożeniem rządowem na 11. i 12. b. m. Lekarze Austryi muszą odczuwać to jako ciężką krzywdę tembardziej, że ich prośbie o zwołanie ankiety rząd swego czasu odmówił. Związek państw. organizacyi lek. prosi zatem, by prezydent ministrów nie oddawał projektu rządowego w sprawie ubezpieczenia społecznego w tym okresie sprawy ciału nieparlamentarnemu do jednostronnej oceny, zważywszy, że przez oddanie go osobnej komisyi parlamentarnej nabył już swoistego charakteru«.

Na to podanie odpowiedziało ministerstwo handlu, że stała Rada pracy podjęła narady nad projektem rządowym z własnej inicyatywy, a więc nie rząd oddał projekt do oceny. Żadnemu zaś ciału nie można zabronić naradzać się nad projektami rządowymi. *Stahr.*

Lekarzy okrętowych poszukuje marynarka wojenna austryacka. Do obsadzenia jest większa liczba miejsc lekarzy fregaty. Roczna płaca 2200 K., dodatek na mieszkanie 708 K., dodatek na służącego 360 K., nadto dodatek na wyekwipowanie się 800 K. Po jednorocznej służbie próbnej i złożeniu egzaminu następuje nominacya na rzeczywistego lekarza fregaty z roczną płacą 2600 K., która w trzech pierwszych latach wzrasta rocznie o 200 K. Po 3—4 latach następuje nominacya na lekarza okrętu liniowego z roczną płacą 3600—4000 K., z dodatkiem na mieszkanie 1224 K. i dodatkiem na służącego 360 K. Szpital marynarki ze stałym stanem chorych 300 daje sposobność do dalszego kształcenia się w zawodzie, oprócz tego rokrocznie wysyła się kilku lekarzy na studya na kliniki uniwersyteckie. Bliższych wyjaśnień udziela IX. oddział c. i k. ministeryum wojny, sekcya marynarki, Wiedeń III. Marxergasse 2. a. *R.*

Sądy wobec lekarzy. Pewien lekarz w Salzkammergut zaskarżył rodziców zmarłego dziecka o to, że rozsiewali wieści,

---

[1]) Cyfry nawiasowe odnoszą się do roku 1905.

[2]) Tu znowu wliczona, jak zawsze, kontrola chorych, koszta utrzymania ambulatoryów, narzędzia i t. p.

jakoby on zapóźno wstrzyknął surowicę i przez to przyczynił się do śmierci dziecka. Sąd uwolnił jednak oskarżonych. wywodząc, że do tych przypuszczeń uprawniało (!) ich zdziwienie innego lekarza, że wstrzyknięcia dokonano tak późno. *K.*

Szpital w Zakopanem dobiegł już 10 lat istnienia. Dr Jan Gawlik, kierownik szpitala od r. 1904, wydał z tego powodu sprawozdanie lekarskie ze szpitala za ostatnich lat pięć wraz z rzutem oka na całą dziesięcioletnią działalność szpitala. Szpital ten, zbudowany i urządzony z końcem r. 1899 dzięki staraniom ówczesnego lekarza klimatycznego, Dra T. Janiszewskiego ze składek publicznych, łączył w sobie w jedną całość szpital z domem izolacyjnym, a zdołał stopniowo zapewnić sobie byt stosunkowo niezależny dzięki temu, że chorzy, nabrawszy do szpitala zaufania, zgłaszają się licznie i chętnie płacą koszta leczenia. To też zwrot kosztów leczenia w kwocie 4000 do 4500 koron rocznie, jakoteż subwencye stałe od Sejmu, komisyi klimatycznej i gminy (razem 1400 K.), zapewniają byt szpitalowi, którego budżet roczny waha się między 6000 a 7000 koron. Taksa dzienna w szpitalu wynosi 1,60 K. w II., a 4 K. w I. klasie, dzień leczenia kosztuje średnio 2,42 K. Brak funduszu nie dozwolił dotąd komisyi klimatycznej szpitala rozszerzyć; na razie dokupiono tylko kawałek gruntu. Szpital ma łóżek 15, a jest tak urządzony, że części budynku mogą być izolowane. Szpital w ostatnich czterech latach odnowiono, zaopatrzono w nowy sterylizator i t. d. Obecny kierownik prowadzi od r. 1901 oddział chirurgiczny Oddziałem zakaźnym zawiaduje z urzędu lekarz klimatyczny. Oprócz tego pracuje stale jeden z lekarzy miejscowych bezinteresownie, prowadząc choroby wewnętrzne i ambulatoryum, a drugi wykonywa dla szpitala rozbiory chemiczne i mikroskopowe. Nie było zresztą w Zakopanem lekarza, którby przez czas jakiś dobrowolnie nie brał udziału w pracy szpitalnej; zbyteczna zwracać uwagę, z jaką to jest połączone obopólną korzyścią i jak godne naśladowania we wszystkich naszych szpitalach prowincyonalnych. Pielęgnowaniem chorych i gospodarstwem szpitalnem zajmują się osobiście SS. Służebniczki w sposób zupełnie zadowalniający. W ostatniem pięcioleciu leczyło się w szpitalu 791 chorych stałych, z czego 436 przypadków chirurgicznych operowanych; porady ambulatoryjnej udzielono 1559 osobom. Operacyi, których szczegółowe zestawienie podaje sprawozdanie w formie tablicy, a wśród których nie brak i najpoważniejszych zabiegów, wykonano w ostatniem ośmioleciu 725, z czego 653 uwieńczonych wyleczeniem zupełnem. *R.*

Stan sanitarny m. Mielca w r. 1908. Przez cały rok 1908 epidemii żadnej nie było, pokazały się tylko sporadyczne przypadki odry, płonicy, krztuśca, róży i duru brzusznego. Na 5000 mieszkańców umarło w r. ubiegłym osób 99. Z tych blizko połowa przypada na dzieci, z których większa część umarła w 1. roku życia, a mianowicie: 15 na nieżyt jelit, 12 na zapalenie płuc i nieżyty dróg oddechowych, 4 na zapalenie gruźlicze opon mózgowych, po 1 na płonicę, odrę i krztusiec, 11 dzieci było nieżywo urodzonych, lub zmarło w pierwszych dniach z powodu braku sił żywotnych. Na uwiąd starczy umarło 16 osób. W wieku średnim zmarło 13 osób na gruźlicę płuc, 3 na dur brzuszny, po 1 na różę i raka żołądka 7 osób z wady serca, kilka na zapalenie płuc, nerek i stawów. — W ubiegłym roku wybudowano baraki izolacyjne z powodu grożącej z Rosyi cholery. Dla asanacyi miasteczka rozpoczęto wiercenie studni na rynku według wskazówek Prof. Dunikowskiego ze Lwowa, chociaż bezskutecznie, gdyż w głębokości 85 m. na wodę źródlaną jeszcze nie natrafiono. Z wiosną mają się roboty na nowo rozpocząć. Kanalizacyę uskuteczniono dla braku funduszów tylko częściowo. *Dr Józef Sternberg.*

(Byłoby pożądane, aby lekarze miejscy w tych miasteczkach, gdzie niema środków na wydanie obszerniejszego sprawozdania, przynajmniej najważniejsze dane podawali do publicznej wiadomości; przykład Mielca godny jest naśladowania). *R.*

Śmiertelność w Anglii spadła w r. 1908 na 14,7 pro 1000 ludności. Jest to najniższa śmiertelność, jaką spostrzegano od r. 1837.

Austryackie Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych rozwija energiczną działalność. Obecnie zastanawia się ono nad sprawą odpowiedzialności prawnej w razie rozmyślnego przeniesienia zakażenia na osobę drugą, jakoteż nad leczeniem przymusowem zakażonych i doniesieniami lekarskiemi w przypadkach chorób wenerycznych. Również opracowuje Towarzystwo sprawę pouczania młodzieży o zagadnieniach płciowych. Pouczanie to łatwo odbywać się może w szkole w drodze przyrodniczej i biologicznej. *X.*

Lekarskiego inspektora dla spraw przemysłowych, którego zadaniem będzie nadzór nad higieną zakładów przemysłowych, badanie chorób zawodowych, zapobieganie i t. p., ustanowił rząd bawarski. *X.*

Niektóre sporty uznać należy za niehigieniczne. Należą tu n. p. pielęgnowane w Anglii, a wprost brutalne walki bokserów i modne obecnie biegi maratońskie. Te biegi zwłaszcza przekraczają już granice higieny, wpływając bardzo szkodliwie na płuca i serce. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. II. do 20. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3, krztuśca 5 † 1, płonicy 20 (w tem obcych 3), duru brzusznego 1 † 2 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. II. do 20. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych — † 2), krztuśca 2, płonicy 6 (3), odry 11 † 1, duru brzusznego 3. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 31. I. do 6. II. 1909 zgłosiło się do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5 † 1, odry 1, płonicy 4, róży 2, duru brzusznego 14 † 3, duru osutkowego 26 † 3, duru powrotnego 3, grypy 6, błonicy 2. (*Gaz. lek.* 8).

W sprawie statystyki gruźlicy

na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich rozpoczęło Towarzystwo lekarskie w Siedlcach jeszcze w grudniu 1908 r. starania ze swojej strony. Mianowicie wydało i rozesłało Towarzystwo kwestyonaryusz, ułożony na wzór kwestyonaryusza, przyjętego przez Towarzystwo lekarskie częstochowskie. Kwestyonaryusz ten, ułożony bardzo szczegółowo, obejmuje prócz nazwiska, wieku, miejsca zamieszkania, zajęcia, danych o rodzinie, — rubryki, dotyczące okresu sprawy gruźliczej, krwioplucia, gorączki, tętna, metod rozpoznawczych, czasu leczenia, przebiegu i zejścia. Wobec tego uzyskane dane dadzą się włączyć do wyników, uzyskanych na zasadzie kwestyonaryusza Delegacyi stałej Zjazdów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 24. lutego 1909 posiedzenie, na którem Prof. Rosner okazał pępowinę nadmiernie długą z podwójnym prawdziwym węzłem i dwa przypadki raka szyjki macicy, operowanego sposobem Pfannenstiela, a Prof. Bochenek miał wykład: »O gruczołach przytarczycznych». W dyskusyi przemawiali: Prof. Browicz, Ciechanowski, Lewkowicz, Rosner, Dr Rydel i prelegent.

— Spadkobiercy ś. p. K. Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie przesłali kwotę 50 koron do funduszu imienia ś. p. Dra Jordana dla niezaopatrzonych rodzin po lekarzach, — za co Wydział Związku lekarzy składa Im serdeczne podziękowanie.
Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Wicherkiewicz.*

Lwów. Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 20. II. 1909 poruszono opaźnianie się sprawozdania fizykatu za r. 1907 i 1908, reorganizacyi służby zdrowia, budowy szpitala zakaźnego i sprawy zwalczania chorób wenerycznych wśród młodzieży szkolnej. Następnie zajmowała się komisya sprawą cholery, zagrażającej krajowi z wiosną i uchwaliła zaznaczyć, że sprawa budowy miejskiego baraku izolacyjnego jest pilna i odwlec jej nie można, bez względu na to, iż ministerstwo spraw wewn. przeznaczyło dla Galicyi dwa nowego systemu baraki zimowe, (z których jeden ma być ustawiony w szpitalu kraj. we Lwowie, a drugi w Tarnopolu).

— Towarzystwo ginekologiczne lwowskie urządza podobnie, jak w roku zeszłym, kurs powtarzania dla położnych, na który Rada miejska udziela 600 kor. subwencyi.

Warszawa. W pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego urządza kierownik jej, Dr St. Serkowski, w kwietniu r. b. wykłady i zajęcia praktyczne z bakteryologii (ze szczególnem uwzględnieniem cholery i duru brzusznego) według następującego planu: 1) Ogólna metodyka bakteryologiczna. 2) Metodyka różniczkowa (metody wyosobniania, hodowania i różniczkowania). 3) Stałe i zmienne cechy przecinkowców cholery.

4) Serodyagnostyka. 5) Wakcynacya cholery i duru brzusznego. 6) Metodyka wyosobniania (kał, krew, woda) i różniczkowania prątków durowych. 7) Odczyn Wassermanna w zastosowaniu do duru brzusznego, gruźlicy i kiły. 8) Zasady profilaktyki współczesnej. Wykłady odbywać się będą 3 razy tygodniowo od 8 do 10 wieczorem, a zajęcia praktyczne w ciągu dnia. Warunki uczestniczenia i zapisy w kancelaryi Towarzystwa lekarskiego (ul. Niecała 7). D. 30. marca 1909 o godz. 8 wieczorem odbędzie się w pracowni dla członków Tow. lek. i lekarzy szpitalnych demonstracya metodyki i przygotowania szczepionek do wakcynoterapii.

— W sprawie wyraźnego zmniejszenia się działalności na polu piśmiennictwa lekarskiego zabiera głos Dr Teodor Heiman w »Medycynie i Kronice lek.« (Nr 8), stwierdzając, że przyczyną tego jest stopniowe ustępowanie z pola starszego pokolenia lekarzy — bez następców w pokoleniu młodszem, które nie stara się zająć opróżnionych stanowisk i do pracy naukowo-piśmienniczej się nie garnie. Smutne to zjawisko odbija się także na naszem czasopiśmiennictwie, w którem prawie ciągle czyta się tesame, nieliczne nazwiska. To też Dr Heiman nawołuje młodszych lekarzy, by wedle możności zasilali pracami istniejące czasopisma lekarskie polskie.

— W Częstochowie odbędzie się 19. i 20. IX. b. r. Zjazd higieniczny w związku z wystawą miejscową.

— Według ostatniego sprawozdania radomskiej Rady gubernialnej dobr. publ., ogółem w całej gubernii radomskiej jest 7 szpitali: dwa w Radomiu i po jednym: w Opatowie, Opocznie, Sandomierzu, Staszowie i Iłży. W powiatach koneckim i kozienickim szpitali wcale niema. Liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła 4,273, utrzymanie wszystkich szpitali kosztowało 67,085 rb. Sprawa otwarcia szpitali w Końskich, w Kozienicach i w Ostrowcu już jest rozstrzygnięta przychylnie i na ten cel są już zgromadzone fundusze: w Kozienicach 26,724, w Końskich 12,635 rb., w Ostrowcu 2,585 rb. Wszystkie szpitale razem rozporządzają 226 łóżkami. Jest to liczba w stosunku do potrzeb ludności, bardzo niedostateczna. Domy opieki posiadają miasta: Radom, Opoczno, Sandomierz i Staszów, a oprócz tego istnieje przytułek we wsi Rożki i przytułki dla sierot w Radomiu i Sandomierzu. We wszystkich tych instytucyach przebywa 105 osób, utrzymanie ich kosztuje 4,000 rb. Nowe chrześciańskie Domy opieki zamierzono otworzyć: w Końskich, w Kozienicach, w Opatowie, w Szydłowcu i w Przedborzu.

Z różnych stron. VI. Ogólne doroczne Zgromadzenie »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu odbyło się 12. II. (30. I.) 1909. Porządek dzienny oprócz sprawozdań dorocznych obejmował wykład Doc. Noiszewskiego: »Siatkówka i korowy obręb wzrokowy. Powstanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Halucynacye wzrokowe. Krytyczny rozbiór teoryi Munka« i Prof. Ziemackiego: »Projekt założenia wolnej Wszechnicy polskiej w Petersburgu«.

— Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie liczyło w pierwszym roku istnienia 78 członków rzeczywistych i jednego honorowego. Z tych 62 mieszka stale w Kijowie, 17 poza Kijowem. Na posiedzeniach największa ilość zebranych wynosiła 52, najmniejsza 14. W ciągu roku odbyło się 10 posiedzeń naukowych i jedno, poświęcone wyborowi członka honorowego Towarzystwa. Odczytów było 15. Na rok 1909 prezesem obrano Dra Rumszewicza, wiceprezesem Dra Trzebińskiego, sekretarzami Dra Łążyńskiego i A. Januszkiewicza, skarbnikiem Dra R. Sokołowskiego.

— Celem przygotowania materyału na międzynarodową konferencyę w sprawie badania raka, odbyć się mającą w Brukseli we wrześniu 1910, zbiera się w d. 14—18. IV. b. r. w Berlinie międzynarodowe Biuro Związku przeciwrakowego. Do Biura tego należy komitet warszawski, a mianowicie Dr Jaworski, Rejchman i W. Żurakowski.

— Towarzystwo lekarzy chorwackich (Zbor lijecnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) miało w r. 1908 — 414 członków zwyczajnych, 7 korespondentów, 22 honorowych, odbyło 12 posiedzeń, na których wygłoszono 14 wykładów. Majątek Towarzystwa wynosił 22.985 K., dochody w r. 1908 10.970 K. Fundusze zapomogowe wynoszą 19.150 K. (Lijec. Vijestnik 1909. 2).

— Dr Juliusz Steinhaus, Warszawianin, obecnie kierownik pracowni dla badania raka w Brukseli, wydał świeżo po niemiecku swój »Zarys histologii patologicznej«, nakładem księgarni Focka w Lipsku.

— »Logika medycyny« Dra Wł. Biegańskiego wyszła w tłómaczeniu niemieckiem Dra A. Fabiana, nakładem Stubera w Würzburgu.

— W Niemczech liczba słuchaczów medycyny zwiększyła się w ostatnich 3 latach o 36%. Wobec tego za 3—4 lat nastąpi w Niemczech w zawodzie lekarskim przepełnienie, stwarzając dla lekarzy bardzo niekorzystne warunki materyalne.

— Niemieckie pisma lekarskie domagały się, zwłaszcza od czasu, gdy pojawiły się wiadomości o założeniu zakładu badania radu w Anglii, założenia takiegoż zakładu w Niemczech. Obecnie spełnia się to, dzięki fundacyi nieznanego dobroczyńcy, który ofiarował na ten cel 130.000 marek uniwersytetowi w Heidelbergu. Nowym zakładem ma kierować fizyk, Prof. Lenard.

— Przy sposobności reformy studyów dla dziewcząt, podjętej w Niemczech, uwzględniono w szerokiej mierze higienę. W wyższych szkołach żeńskich będzie wykładana higiena i pielęgnowanie dzieci z ćwiczeniami praktycznemi w ochronkach i żłobkach i kursem samarytańskim. Zarazem wydano przepis, ażeby sale szkolne miały najmniej 24 m. kw. powierzchni, a na każdą uczennicę przypadało przynajmniej 0,8 m.kw. podłogi przy odpowiedniej wysokości sali i t. p.

— Pod przewodnictwem ministra Möllera powstał w Niemczech »Centralny komitet dla sprawy pielęgnowania zębów w szkołach«. Do celu swego zmierzać ma komitet przez pouczanie młodzieży szkolnej i tworzenie szkolnych klinik dentystycznych.

— Monachijska niemiecka młodzież uniwersytecka zwróciła się do senatu z prośbą o odmawianie przyjęcia na uniwersytet Czechom. Senat, stojąc na wysokości swego zadania, do prośby się nie przychylił. W związku z tem dzienniki niemieckie ubolewają nad »zalewem uniwersytetów elementami słowiańskimi«, zwłaszcza w Rosyi. Studenci zabierają najlepsze miejsca w audytoryach, zachowują się, jak u siebie w domu, i chodzą na wykłady, nie rozumiejąc nieraz dobrze po niemiecku. Uwagi te możnaby w części nazwać i słusznemi, gdyby nie wiała z nich na każdym kroku rasowa nienawiść. *X.*

— »Köln. Ztg.« donosi o następującym przypadku. Niejaki Dr Weisbrod z Düsseldorfu, prócz praktyki lekarskiej zajmował się w wolnych chwilach i innemi sprawami, a nawet stręczeniem małżeństw. Otóż za wyszukanie żony pewnemu sędziemu otrzymał 6000 marek. Było mu to za mało i po pewnym czasie zażądał jeszcze dodatkowo 6000 marek, grożąc skargą sądową. Broń własna zwróciła się jednak przeciw niemu; prokuratorya wytoczyła mu proces o wymuszenie. Dr Weisbrod skazany został na rok więzienia i pozbawienie praw obywatelskich przez lat 5. Nie koniec na tem, bo skazany twierdził, że pozbawienie praw nie odnosi się do wykonywania praktyki, i dopiero sąd musiał na nowej rozprawie wyraźnie mu to wytłómaczyć. *X.*

Mianowani: Doc. Th. Müller profesorem higieny w Gracu, generalny lekarz sztabowy Prof. Kratschmer szefem korpusu lekarzy armii austryackiej.

Powołani: Prof. O. Minkowski z Gryfii na katedrę med. wewn., a Prof. R. Pfeiffer z Królewca na katedrę higieny do Wrocławia.

Zmarli: Dr Izydor Szamed, lekarz okręgowy, w 39 r. ż. we Lwowie; Dr Józef Wigura, emer. lekarz zachodniego okręgu górniczego Królestwa Pol., w 56 r. ż. w Suchedniowie.

Redakcya otrzymała: Prof. K. W. Majewski: Scotoma helioplegicum. Odb. »Post. okul.« 1909. — Doc. Kowalski: 1) O białkomoczu wywołanym podnietami termicznemi. Lwów 1909. 2) O nieprawidłowem podnoszeniu się ciepłoty ciała, wywołanem podnietami termicznemi. Kraków 1909. — Dr Emil Fuhrmann: Aerzliches Jahrbuch für Österreich. 1909. — J. Gawlik: Sprawozdanie szpitala zakopiańskiego za czas od 1. I. 1904 do 31. XII. 1909 i rzut oka na jego 10-letnią działalność. Kraków 1909. — Kleczkowski T.: 1) Włókna rdzeniowe w siatkówce a plama Mariottea. 2) Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych. »Postęp okulist.« 1908/9.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1909.

Gaz. lek. Nr 5: Wernic: Technika metody Wassermanna w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i gly-

kocholanem sodu. Bornstein (c. d.). — Nr 6. Goldberg: Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowem z podaniem stu własnych przypadków. Bornstein (dok.). Wernic (dok.). Nr 7. Kopczyński: Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej z zachowaną zdolnością czytania. Goldberg (dok.). — Nr 8. Zembrzuski: Torbiel sieci. Kopczyński (dok.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5 i 6: Chybczyński (dok.). Kopytowski (dok.). — Nr 7. Krauze: O wnętrostwie i jego leczeniu. Simon: O stosowaniu pyocyanazy w zakaźnych cierpieniach gardzieli. — Nr 8. Orgelbrand: Znaczenie radu w leczeniu wodami mineralnemi. Krauze (dok.).

Tygodnik lek. Nr 4. Małaniuk: Kilka uwag w sprawie leczenia tężca. Wyhowski: O znaczeniu klinicznem reakcyi nitroprusydkowej Arnolda. — Nr 5. Hornowski: O nowej postaci skazy krwotocznej. Małaniuk (dok.). — Nr 6. Opolski: Myokerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej. Kowalski. O tak zwanem hartowaniu ciała zapomocą stosowania zabiegów wodnych. — Nr 7. Ziembicki W.: O klinicznem oznaczaniu białka w moczu i innych płynach, w szczególności o nowym odczynniku, zastosowanym do tego celu przez Isuchiyę. Opolski (c. d.). Blumenfeld: Przyczynek do dziejów kiły w Europie i Polsce.

Nowiny lekarskie Nr 2. Wrzosek (dok.). A. Maciesza (dok.). J. Ziarko (c. d.). Fr. Chłapowski: O dysenteryi pełzakowej (amebowej), z powodu spostrzeganego przypadku. Jadwiga Matusewicz i E. Rosenhauch (c. d.). Brudnicki (dok.). A. Karwowski: O nowoczesnej Roentgenoterapii. Klęsk: Uwagi z dziedziny leczenia spraw i zakażeń ropnych. Bieliński (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 1. Majewski: Scotoma helioplegicum. Kleczkowski: Włókna rdzeniowe w siatkówce a plama Mariottea.

Przegląd chorób skórn. i wener. Nr 11—12. 1908. Giedroyć: Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskiem polskiem (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 2. Krakowski: Lyzoform i jego zastosowanie w dentystyce.

Zdrowie Nr 2. Brunner J.: Szczepienie ochronne przeciwcholeryczne i jego podstawy naukowe. Korczyński L. (dok.). Sigalina: Gimnastyka oddechowa na zasadzie psychologicznej.

Przegląd higieniczny Nr 2. Popielski (dok.). Kaczorowski: Stan zdrowia, uzębienia i ogólnej higieny młodzieży szkół ludowych i wydziałowych we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 3. Flis: W sprawie organizacyi lekarzy. Krzyżanowski: Walka ochronna przeciw cholerze. Śnieżek: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej.— Związek lekarzy rządowych. — Nr 4. Krzyżanowski (c. d.). Śnieżek (dok.). — Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. — Sprawozdanie komisyi sanitarnej Sejmu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, nowy środek odżywczy, omawia Dr A. Schnee, lekarz chorób wewnętrznych w Wiedniu (Terapeutisches Centralblatt Nr 23, 1908). Że visvit istotnie wpływa nadzwyczaj korzystnie na ustrój, to wynika z jego składu chemicznego, z zawartości hemoglobiny, lecytyny i soli wapniowo-magnowej kwasu nukleoacidfosforowego, z których to składników ostatni, jako naturalne połączenie organiczne, zapewnia ustrojowi potrzebną ilość fosforu w postaci ulegającej łatwo wessaniu.

Z wielkiej liczby chorych, leczonych skutecznie visvitem, przytacza S. szczegółowo 6 przypadków: 3 przypadki osłabienia u neurasteników, 1 przypadek niedokrwistości i 2 przypadki znacznego upadku sił przy nieżytowych zaburzeniach jelit.

U 57-letniego neurastenika objawiało się wyczerpanie niemożnością załatwiania spraw, wymagających wysiłku umysłowego. Pożywienie więcej roślinne uregulowało trawienie, a podawanie visvitu w zwykłej dawce przez 3 tygodnie usunęło stan wyczerpania. W obu przypadkach nieżytu jelit podawano wodę karlsbadzką, a obok tego visvit. Apetyt poprawił się, a po 4 tygodniach stwierdzono przybytek wagi o 2 względnie 3 kg.

Chorzy przyjmowali visvit chętnie, apetyt ich się poprawił, odżywienie również, a stany osłabienia, bądźto pochodzenia psychicznego, bądź fizycznego, ustępowały w stosunkowo krótkim czasie.

Posiadamy więc w visvicie, zdaniem Dra S., środek odżywczy, którego wyniki lecznicze przyczynią się do powiększenia liczby jego zwolenników. *Hr. W.*

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 3. marca 1909 o godz. 6 wieczór w klinice lekarskiej** (Kopernika 15). Na porządku dziennym: 1) Dokończenie dyskusyi w sprawie gruczołów przytarczycznych. 2) Doc. Mięsowicz: Przedstawienie przypadków klinicznych. 3) Prof. Jaworski, Doc. Nitsch i Dr Łapiński: Demonstracya i wykład o znaczeniu klinicznem metody Wassermanna-Neissera-Brucka dla rozpoznania kiły.

Po posiedzeniu odbędzie się **o godz. 8 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) **wieczerza koleżeńska**.